ARBEITGEBERBESCHEINIGUNG ZUR VORLAGE BEI ANTRAG AUF DIE BETREUUNG IN DER NOTBETREUUNG

Hiermit bestätigen wir, dass

Frau/Herr

_____ (Vorname Name des/der Mitarbeiters/in)

wohnhaft in

_____ (Straße und Hausnummer)

_____ (PLZ und Ort)

als Mitarbeiter/in unabkömmlich ist.

Die Tätigkeit findet an folgenden Wochentagen statt: (zutreffendes bitte ankreuzen)

□ Montag
□ Dienstag
□ Mittwoch
□ Donnerstag
□ Freitag

Name, Anschrift und Ansprechpartner des Arbeitgebers:

_____

_____

_____

_____

Bestätigung des Arbeitgebers:

_____ _____

Ort, Datum Dienstsiegel/ Stempel Unterschrift