

## Erklärung des Arbeitgebers über die Unabkömmlichkeit

Name/Vorname Arbeitnehmer/in: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/ der Arbeitgeberin:

\_\_\_\_\_

### Hiermit wird bestätigt:

Oben genannte/r ArbeitnehmerIn ist am Arbeitsplatz zu folgenden Zeiten unabkömmlich.

Bitte ankreuzen und Arbeitszeiten einfügen:

x	Wochentag	Arbeitszeiten
<input type="checkbox"/>	Montag	
<input type="checkbox"/>	Dienstag	
<input type="checkbox"/>	Mittwoch	
<input type="checkbox"/>	Donnerstag	
<input type="checkbox"/>	Freitag	

Datum, Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

\_\_\_\_\_