Arbeitgeberbescheinigung zur Beantragung der Notfallbetreuung in Schulen

Hiermit bestätigen wir, dass

Nachname:



Vorname:



Bei unserer/m Unternehmen/Verwaltung/Institution



tätig ist und folgende Tätigkeit/Funktion ausübt:



Dabei hat sie/er folgenden Beschäftigungsumfang:

□ Vollzeit

□ Teilzeit mit (Anzahl Stunden oder Prozentsatz)



Des Weiteren bestätigen wir, dass eine Präsenzpflicht am Arbeitsplatz zwingend erforderlich ist. Dies betrifft folgende Tage und Zeiten:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tag** | **Zeitraum** |
| Montag |  |
| Dienstag |  |
| Mittwoch |  |
| Donnerstag |  |
| Freitag |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Firmenstempel