

*Formular
zur Bestätigung der Erwerbstätigkeit/ Aus-/ Fortbildung*

Name	
Vorname	
Anschrift	

Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. des Aus-/ Fortbildungsträgers

Firma	
Anschrift	

Wiederaufnahme der Tätigkeit am:

Dauer der täglichen Arbeits-/ Ausbildungs- und Fortbildungszeit

gemäß Vertrag, Angaben in Stunden >

zzgl. tägliche Pausenzeiten >

Wochendienst Ja Nein

Selbstständig Ja Nein

vom Studium beurlaubt Ja Nein

Dem Formular bitte Kopien zur Dokumentation der Selbstständigkeit beifügen.

Datum, Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers bzw. des Aus- und Fortbildungsträgers

Angaben der Dauer der täglich durchschnittlichen Fahrzeit (einfache Fahrt)

zur Arbeitsstätte bzw. Aus- und Fortbildungsstätte >

Eigenhändige Unterschrift

Datum

Gültig ab _____ Name des Kindes _____