

*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 \_\_\_\_\_