



Firmenstempel

Bestätigung

Der Mitarbeiter / Die Mitarbeiterin

_____ geboren am _____
Vorname / Nachname

ist seit dem _____ in unserem Betrieb
Beschäftigungsbeginn (Datum)

mit einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von _____
wöchentl. Arbeitszeit

beschäftigt und führt regelmäßig folgende Tätigkeiten aus:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Ort, Datum

Unterschrift Geschäftsführer / Betriebsleiter