

Formular zur Bestätigung der Erwerbstätigkeit/Aus- und/oder Fortbildung

Name, Vorname

Anschrift

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

Selbstständig

ja

nein

Gegebenenfalls dem Formular bitte Nachweise zur Dokumentation der Selbstständigkeit beifügen.

Beginn/ Wiederaufnahme der Tätigkeit ab _____

1. Tägliche Arbeits-/Ausbildungs- und Fortbildungszeit

(Angabe in Stunden entsprechend des Arbeits- bzw. Aus- und/oder Fortbildungsvertrages)

Schichtdienst

ja

nein

Wochenenddienst

ja

nein

2. Pausenzeiten, die nicht durch die Arbeitszeit erfasst sind.

(Angabe in Minuten/Stunden)

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

3. Tägliche durchschnittliche Zeit von und zur Arbeits- bzw. Aus- und/oder Fortbildungsstätte (Hin- und Rückweg)

(Angabe in Minuten / Stunden)

Datum / Unterschrift des Erwerbstätigen