

Mitarbeiter:

Einsatzbetrieb:

Ort:

Station:

Vorgesetzter:

Datum:

## TÄTIGKEITSNACHWEIS

Wochentag:	Datum	Arbeitszeit		Stunden	Pause	Stunden (abzgl. Pause)
		von	bis			
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						
Sonntag						
Gesamtstunden						

Ich erkläre, dass obige Fehlzeiten durch mein eigenes Versäumnis zustande kamen und sich mein Entgelt dadurch anteilig verringert.

Datum / Unterschrift Mitarbeiter **ABSOLUT**

Wir bestätigen die Richtigkeit der obigen Angaben und sind mit den geleisteten Arbeiten zufrieden.

Datum / Unterschrift / Stempel Kunde

**Bitte beachten Sie:** Pausenzeiten sind abzuziehen.

**Pausen:** bis 6 Std. = keine Pause nötig | 6 - 9 Std. = mind. 30 Minuten Pause | ab 9 Std. = mind. 45 Minuten Pause

Sollte keine Pause möglich sein, muss dies von der Einrichtung bestätigt werden.

Sie können dieses Formular auch komplett digital ausfüllen. Hier werden die Stunden dann automatisch berechnet.