

Mitarbeiter:

Einsatzbetrieb:

Ort:

Station:

Vorgesetzter:

Datum:

TÄTIGKEITSNACHWEIS

Wochentag:	Datum (tt:mm:jjjj)	Arbeitszeit		Stunden	Pause (hh:mm)	Stunden (abzgl. Pause)
		von (hh:mm)	bis (hh:mm)			
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.