Stadt Forst (Lausitz) im Namen des Landkreises Spree-Neiße

NACHWEIS ÜBER EINE BERUFSTÄTIGKEIT / BILDUNGSMAßNAHME *

Mutter

Hiermit wird bestätigt, dass Frau _____

ein(e) ☐ unbefristete(s) seit/ab _____

☐ von _____ bis _____ befristete(s)

Arbeitsverhältnis / Bildungsmaßnahme* ausübt.

ggf. Datum der Wiederaufnahme nach Elternzeit: _____

Arbeits- / Bildungsort*: _____

wöchentliche Arbeitszeit gemäß Arbeitsvertrag: _____

tägliche Arbeitszeit: von _____ bis _____

tägliche Bildungszeit: von _____ bis _____

_____

Datum Unterschrift und Stempel des Bildungsträgers / Arbeitgebers

* Nichtzutreffendes bitte streichen! **Bitte vollständig ausfüllen!**

✂.....

Stadt Forst (Lausitz) im Namen des Landkreises Spree-Neiße

NACHWEIS ÜBER EINE BERUFSTÄTIGKEIT / BILDUNGSMAßNAHME *

Vater

Hiermit wird bestätigt, dass Herr _____

ein(e) ☐ unbefristete(s) seit/ab _____

☐ von _____ bis _____ befristete(s)

Arbeitsverhältnis / Bildungsmaßnahme* ausübt.

ggf. Datum der Wiederaufnahme nach Elternzeit: _____

Arbeits- / Bildungsort*: _____

wöchentliche Arbeitszeit gemäß Arbeitsvertrag: _____

tägliche Arbeitszeit: von _____ bis _____

tägliche Bildungszeit: von _____ bis _____

_____

Datum Unterschrift und Stempel des Bildungsträgers / Arbeitgebers

* Nichtzutreffendes bitte streichen! **Bitte vollständig ausfüllen!**