

Antrag auf Befreiung von Arbeitsstunden



Mitgliedsnummer:

Name:

Geburtsdatum:

PLZ:

Wohnort:

Straße:

Telefon:

E-Mail:

ich beantrage für mich die Befreiung von Arbeitsstunden für die Zeit meiner Krankheit
Ich bin mir bewusst, dass die Befreiung von Arbeitsstunden jährlich neu beantragt werden muss.
Bei Genesung muss eine Rückmeldung an den Vorstand erfolgen.

Groß-Gerau, den

Unterschrift

Bearbeitungsvermerk:

Eingangsbestätigung Vorstand:

ggf. Begründung

Behandlung im Vorstand am

Antrag wurde

Bewilligt

nicht bewilligt

Groß-Gerau, den _____

Stempel / Unterschrift des Vorstandes