

Schule, Ort, Tel.-Nr. (mit Vorwahl)

An das
Staatliche Schulamt Brandenburg an der Havel
Personalstelle
Magdeburger Straße 45
14770 Brandenburg an der Havel

Meldung bei Arbeits-/ Dienstunfähigkeit

1. Arbeitsunfähigkeit von Tarifbeschäftigten oder

Dienstunfähigkeit von Beamten die freiwillig in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind

Frau/ Herr

ist seit _____ bis _____ arbeitsunfähig erkrankt.

eAU wird durch die Personalstelle angefordert.

2. Stationäre Aufnahme

Frau/ Herr

Tarifbeschäftigte/r Beamtin/ Beamter

befindet sich seit dem _____ in stationärer Behandlung.

3. Antritt einer Kur/ Rehabilitationsmaßnahme

Frau/ Herr

Tarifbeschäftigte/r Beamtin/ Beamter

wird am _____ eine Kur/ Rehabilitationsmaßnahme antreten.

Stempel
Datum/ Unterschrift