

**An das
Staatliche Schulamt Cottbus
Personalstelle
Bleichenstraße 1
03046 Cottbus**

Meldung bei Arbeits- / Dienstunfähigkeit

1. Arbeitsunfähigkeit einer/s Tarifbeschäftigten

Frau/ Herr
ist seit _____ bis _____ arbeitsunfähig erkrankt

eAU wird durch die Personalstelle angefordert

2. Arbeits- / Dienstunfähigkeit ohne ärztliches Attest (max. 3 Tage lt. Mitt. 13/21)

Frau/ Herr _____ Angestellte/r _____ Beamtin/Beamter
hat sich am _____ von-bis _____
arbeits-/ dienstunfähig gemeldet.

3. Stationäre Aufnahme

Frau/ Herr _____ Angestellte/r _____ Beamtin/Beamter
befindet sich seit dem _____ in stationärer Behandlung.

4. Antritt einer Kur/Rehabilitationsmaßnahme

Frau/ Herr _____ Angestellte/r _____ Beamtin/Beamter
wird am _____ eine Kur/ Rehabilitationsmaßnahme antreten.

5. Dienstantritt

Frau/ Herr _____ Angestellte/r _____ Beamtin/Beamter
hat ihren/ seinen Dienst am _____ wieder angetreten.

Stempel
Datum / Unterschrift

Beteiligung des Planungsteams durch Personalstelle am: _____
Datum/Unterschrift