

Name, Vorname _____

Schule _____

Staatliches Schulamt Neuruppin
Trenckmannstr.15
16816 Neuruppin

Anzeige des Arbeitsversäumnisses nach § 5 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz

Datum: _____

Grund: _____

Ort/Datum

Unterschrift

Stellungnahme Schulleitung:

In Anspruch genommene Tage im Kalenderjahr: _____

Ort/Datum

Unterschrift

Staatliches Schulamt Neuruppin

Ort/Datum

Unterschrift SB Personal