

Arbeitszeitnachweis

INDIVIDUALHILFE AMBULANTER DIENST

Gemeinnützige Gesellschaft mbH

Adlerstraße 1/3

69123 Heidelberg

Monat / Jahr: _____

Mitarbeiter / -in: _____

Angest. Stud. FSJ ZDL Aw.

Wert Urlaubstag: _____ Sollstd.: _____

Weitere Arbeitgeber: Ja Nein

Tag	bei (Name der/s Kundin/-en)	Uhrzeit von - bis	Arbeitszeit Std.	Urlaub Std.	Krank Std.	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
Summen:						

Muß spätestens am 1. des Folgemonats im Büro sein !

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sollstd.:	
SVPf	RV	PauRV	PauKV	Priv	Frei	G	+/-	

↑ wird vom Büro ausgefüllt

Datum: _____

Unterschrift: _____