

ARBEITSZEITNACHWEIS

OKTOBER 2020

Individualhilfe






Heidelberg

Ambulanter Dienst · gGmbH
Adlerstraße 1/3
69123 Heidelberg

Mitarbeiter _____

Vereinbarte Regelarbeitszeit: _____ Std./Woche _____ Std./Tag

Angest. Stud. Minijob Aufw. FSJ / BFD Weitere Arbeitgeber Selbstständig

Tag	bei (Kunde, Urlaub, Krank, Rufbereitschaft)	Uhrzeit		 (Std.)	 (Std.)	 (Std.)	 (Std.)	 (Std.)
		(von-bis)	(von-bis)					
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Summen:								

 Rufbereitschaft (z/B)
 Sonstiges (z.B. Kurs)
 Krankzeit
 Krankzeit
 Urlaubszeit
 Arbeitszeit

Abgabe zum 1. des Folgemonats

▼ wird vom Büro ausgefüllt ▼

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

Datum _____

Unterschrift _____