

FEHLTAGE KRANKHEIT OHNE AU

Hiermit bestätige ich _____
(Name)

dass ich wegen einer Kurzerkrankung von bis zu drei Tagen (ohne Arztbesuch)
arbeitsunfähig war

vom _____ ganztags vormittags nachmittags

bis _____ ganztags vormittags nachmittags

= _____ ganze Arbeitstage arbeitsunfähig

Die krankheitsbedingte Verhinderung habe ich am ersten Tag der Erkrankung per
Telefon, per Fax oder per e-mail dem Arbeitgeber mitgeteilt.

Datum, Unterschrift Arbeitnehmer

Bestätigung durch Arbeitgeber

Datum, Unterschrift