

## A R B E I T S Z E I T E N B E S T Ä T I G U N G

Name/Anschrift des Dienstgebers:

---

---

Ich bin selbstständig      Ja       Nein

Name des Dienstnehmers:

---

Name des Kindes:

---

Tägliche Arbeitszeiten:

Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	

Besonderheiten (Wechseldienste, Vertretungsdienste, Überstunden):

---

---

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Firmenstempel