

Tätigkeits- / Stundennachweis

Mitarbeiter (Name, Vorname)

Kunde

Einsatzort

Zeitraum von bis



Tag	Datum	Arbeitszeit		Pause	Bemerkungen (z.B. Bereitschaftsdienst o. Rufbereitschaft)	Bitte ankreuzen
		von	bis			
Mo				☐ 30 min ☐ 45 min		☐ Krank mit AU ☐ Urlaub/Gleitzeit ☐ Notfall ☐ bezahlte Pause
Di				☐ 30 min ☐ 45 min		☐ Krank mit AU ☐ Urlaub/Gleitzeit ☐ Notfall ☐ bezahlte Pause
Mi				☐ 30 min ☐ 45 min		☐ Krank mit AU ☐ Urlaub/Gleitzeit ☐ Notfall ☐ bezahlte Pause
Do				☐ 30 min ☐ 45 min		☐ Krank mit AU ☐ Urlaub/Gleitzeit ☐ Notfall ☐ bezahlte Pause
Fr				☐ 30 min ☐ 45 min		☐ Krank mit AU ☐ Urlaub/Gleitzeit ☐ Notfall ☐ bezahlte Pause
Sa				☐ 30 min ☐ 45 min		☐ Krank mit AU ☐ Urlaub/Gleitzeit ☐ Notfall ☐ bezahlte Pause
So				☐ 30 min ☐ 45 min		☐ Krank mit AU ☐ Urlaub/Gleitzeit ☐ Notfall ☐ bezahlte Pause

Anzahl der Arbeitsstunden und ordentliche Ausführung wird bestätigt:

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des Kunden)

(Unterschrift des Mitarbeiters)