

Hiermit bestätigen wir Ihnen, dass unser/-e Mitarbeiter/-in

(Name, Vorname)

zu der folgenden Gruppe (bitte ankreuzen) gehört:

Beschäftigte mit betriebsnotwendiger Stellung

- im Gesundheitsbereich, medizinischen Bereich, Pflegebereich
- im Bereich Polizei, Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Berufsfeuerwehr
- im Vollzugsbereich, einschließlich Justizvollzug, Maßregelvollzug und vergleichbare Bereiche
- zur Aufrechterhaltung der Staats-und Regierungsfunktionen oder
- in einem Bereich der für die Aufrechterhaltung der Infrastruktur erforderlich ist.

Begründung der betriebsnotwendigen Stellung der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters:

- Härtefall/Sonstiges (bitte ausführliche Begründung)

Außerdem bestätigen wir, dass jegliche Alternativen, wie z.B. Homeoffice, Verlagerung der Arbeitszeiten usw., geprüft wurden und absolut ausgeschlossen sind.

Der/die Mitarbeiter/in wird

- an einzelnen Tagen
(Wochentage bitte angeben _____)
- jeden Werktag

sowie

- in Teilzeit
(Arbeitszeiten bitte angeben _____)
- in Vollzeit beschäftigt.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arbeitgebers