

UNTERNEHMEN:

ADRESSE:

BESTÄTIGUNG DES ARBEITGEBERS

Für:

Herrn/Frau

Geb.datum:

(im Folgenden Arbeitnehmer genannt)

Hiermit bestätigen wir, dass die Tätigkeit des Arbeitnehmers für die Aufrechterhaltung betrieblicher Abläufe dringend erforderlich und unabdingbar ist.

.....,

Ort

am

Datum

.....

Arbeitgeber