

# Bestätigung des Arbeitgebers

Unsere Mitarbeiterin/ unser Mitarbeiter \_\_\_\_\_

ist im Bereich der

Gesundheitsversorgung und Pflege

kritischen Infrastruktur

tätig.

- und hat keine Möglichkeit vom Homeoffice aus zu agieren.
- Der/die Arbeitnehmer\*in ist aufgrund dienstlicher oder betrieblicher Notwendigkeit an einer Betreuung seine/ihres Kindes an folgenden Tagen gehindert:

Kalenderwoche:

an folgenden Tagen:

Mo von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Di von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Mi von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Do von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Fr von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Firmenabschrift

Arbeitgeber, Datum, Unterschrift

Stempel