

Persönliche Erklärung im Krankheitsfall

Am _____ / vom _____ bis _____ war

ich, _____, nicht arbeitsfähig.

(Name, Vorname)

Krankschreibung durch Arzt Arbeitsunfall

krank ohne AU max 3 Tage

Datum: _____ Unterschrift: _____

Persönliche Erklärung im Krankheitsfall

Am _____ / vom _____ bis _____ war

ich, _____, nicht arbeitsfähig.

(Name, Vorname)

Krankschreibung durch Arzt Arbeitsunfall

krank ohne AU max 3 Tage

Datum: _____ Unterschrift: _____