

An

WICHTIG!

Ohne diese Bestätigung erfolgt keine Gehaltszahlung!

Bitte senden Sie diese Bestätigung vollständig ausgefüllt **sofort** an die o.a. Personalstelle zurück!

Name, Vorname

Beschäftigungsbeginn lt. Arbeitsvertrag

Datum

Beschäftigung als:



.....
Datum, Unterschrift (Personalstelle)

DIENSTANTRITTSBESTÄTIGUNG

Stempel der Beschäftigungsstelle (Prof./Inst./Abt./BL/...)

Datum

Die Dienstaufnahme des/der o.g. Beschäftigten erfolgte am ▶▶▶▶▶

Erreichbarkeit des/der o.g. Beschäftigten

☒ Dienstanschrift

☒ Diensttelefon

☒ Privat

☒ Handy

Sekr.

App.

@ E-Mail-Adresse

bei Teilzeitbeschäftigung und Studenten

studentische Beschäftigte

(nur für den *ersten* Monat der Beschäftigung angeben)

Die Arbeitszeit ist auf ____ Arbeitstage in der Kalenderwoche wie folgt verteilt.

Monatsstunden im 1. Beschäftigungsmonat

Mo Di Mi Do FR SA

40 80 _____

Bemerkungen:

.....(Datum, Unterschrift der Beschäftigungsstelle)