

An das Dezernat 2

Betr.: **Arbeitsunfähigkeit von Arbeitnehmern/innen und Beamten/innen**

Herr/ Frau _____

(Vor- und Zuname)

(Bereich, Institut, Dezernat, Referat, -bitte unbedingt angeben)

Dienstbezeichnung: Arbeitnehmer/in TV-L
 Arbeitnehmer/in TVöD
 Beamtin/Beamter
 Lektor/in /LfbA

a) ist am _____ nicht zum Dienst erschienen.

b) hat am _____ den Dienst wieder angetreten.

Bitte beachten Sie, dass eine Gesundheitsmeldung durch Sie erfolgen muss, da ansonsten automatisch nach der Entgeltfortzahlung (6 Wochen) die Gehaltszahlung eingestellt wird.

Grund des Fehlens: Krankheit
 Reha
 Krankheit des Kindes (nach § 45 SGB V)

Beamte/innen

Verschulden eines Dritten liegt nach den mir dienstlich bekanntgewordenen Umständen vor
 nicht vor

Arbeitnehmer/innen

Die Arbeitsunfähigkeit ist nach den dienstlich bekannt gewordenen Umständen*)

nicht schuldhaft herbeigeführt worden
 durch schuldhaftes Verhalten des Angestellten / Arbeiters herbeigeführt worden;
 durch von einem Dritten zu vertretene Umstände herbeigeführt worden. Eine Mitteilung gem. **§ 38 Abs. 1** Buchst. a) BAT/ § 43 Abs. 1 Buchst. A MTL II
 liegt vor
 liegt nicht vor

Eine Abtretungserklärung

liegt an
 wird nachgereicht

Unterschrift

Telefonnummer

Attest liegt bei:

*) Zutreffendes bitte ankreuzen