

## Fehlzeiten

Hiermit erkläre ich, dass ich im nachfolgend genannten Zeitraum das unten aufgeführte Seminar aus den aufgeführten Gründen nicht besuchen kann / konnte. Entsprechende Bescheinigungen (z.B. amtliche / ärztliche Atteste) liegen diesem Formular bei.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Kurs: \_\_\_\_\_ vom – bis: \_\_\_\_\_

Fehlzeitraum: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Nachweise (Krankmeldungen, o.ä.)  sind beigefügt  
 können nicht vorgelegt werden  
 durch unten stehende Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer

Bestätigung  Arbeitgeber /  Behörde /  Arzt / Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel