

Bescheinigung des Arbeitgebers über eine betriebsnotwendige Stellung in einem Berufszweig der sogenannten kritischen Infrastruktur oder in einem Berufszweig von allgemeinem öffentlichen Interesse

Kindertageseinrichtung: _____

Benötigte Betreuungszeit: _____

Name des/ der Kindes/ r: _____

Geburtsdatum des/ der Kindes/ r: _____

Angaben des Arbeitgebers:

Wir bescheinigen hiermit, dass Frau/ Herr

zu der folgenden Gruppe (bitte ankreuzen) gehört:

Beschäftigte mit betriebsnotwendiger Stellung

- im Gesundheitsbereich, medizinischen Bereich, Pflegebereich
- im Bereich Polizei, Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Berufsfeuerwehr
- im Vollzugsbereich, einschließlich Justizvollzug, Maßregelvollzug und vergleichbare Bereiche
- zur Aufrechterhaltung der Staats- und Regierungsfunktionen oder
- in einem Bereich der für die Aufrechterhaltung der Infrastruktur erforderlich ist.

und mit einer wöchentlichen Stundenzahl von _____ Std bei uns beschäftigt ist.

Die Betriebsnotwendigkeit besteht dauerhaft.

Die Betriebsnotwendigkeit besteht für folgende Tage/ Zeiträume: _____

Begründung:

(Tätigkeit und Stellung im Betrieb müssen genau beschrieben werden und es ist zu erklären, dass genau diese Mitarbeiterin/dieser Mitarbeiter zur Aufrechterhaltung des Betriebes im Betrieb erforderlich ist und niemand anderes diese Aufgabe ausführen kann und auch nicht im Homeoffice erledigt werden kann.)

Anschrift Arbeitsort: _____

Arbeitszeit (bitte die Uhrzeiten eintragen)

() Feste Arbeitszeiten an folgenden Tagen in der Zeit von

| Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|--------|----------|----------|------------|---------|---------|---------|
| | | | | | | |

(...) Flexible Arbeitszeiten an folgenden Tagen zu folgenden Zeiten:

| Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|--------|----------|----------|------------|---------|---------|---------|
| | | | | | | |

(...) Schichtdienst mit folgenden Schichten (bitte nennen):

Bemerkungen/ Besonderheiten:

| |
|--|
| |
| Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers: |
| Ansprechpartner und Telefonnummer für Rückfragen beim Arbeitgeber: |