Absender: , den

Sachbearbeiter:
Telefon:
e-mail:

Landesamt für Zentrale Dienste
- Abteilung C (ZBS) -
Am Halberg 4
66121 Saarbrücken

Personalnummer:
(8-stellig)

Name	Vorname	Geburtsdatum

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen

Mitteilung der Arbeitsunfähigkeit und/oder der Wiederaufnahme der Arbeit

Arbeitsunfähigkeit

Erster Tag der Arbeitsunfähigkeit	Letzter Arbeitstag	Zusätzlich bei < 5-Tage-Woche (Angabe der Wochentage, an denen Arbeitspflicht besteht)

☐ Der Arbeitsunfähigkeit ging unmittelbar ein Erholungsurlaub voraus;
der Erholungsurlaub hat begonnen am: _____

Angaben zur Wiederaufnahme der Arbeit

Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit	Erster Arbeitstag	Zusätzlich bei < 5-Tage-Woche (Angabe der Wochentage, an denen Arbeitspflicht besteht)

Bei Arbeitsunfähigkeit bis zu drei Kalendertagen:
Die Arbeitsunfähigkeit wurde ärztlich bescheinigt

☐ ja
☐ nein

Grund der Arbeitsunfähigkeit

☐ Krankheit
☐ Unfall
☐ Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation
☐ Arbeitsunfall / Berufskrankheit (Angabe erforderlich für Verdienstbescheinigung)
☐ Sonstiger Grund

drucken löschen

_____
Unterschrift (Zeichnungsbefugte/r)