

Anschrift der personalführenden Dienststelle

Eingangsstempel der LFD-ZG

Anzeige zur Wiederaufnahme der Arbeit

Arbeitsgebiet	Personal-Nr.	Stellenzeichen	Datum
Name, Vorname			

1	Die Arbeit wurde wieder aufgenommen am	Datum	Ich beziehe mich auf meine Anzeige über Unterbrechung der Arbeitsleistung	vom		
	2	nur bei Krankheit	letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit laut ärztlicher Bescheinigung	Datum		
			Anzahl	Arbeitstage	im	Monat
			Arbeitstage	im		während der letzten Arbeitsunfähigkeit
			Arbeitstage	im		während der letzten Arbeitsunfähigkeit
3	nur bei Kur:	letzter Tag der Kur	Datum	anschließend		
	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit	vom		bis		
	<input type="checkbox"/> Erholungsurlaub					
	nur bei Unfall oder sonstigem schädigenden Ereignis		Drittverschulden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bemerkungen						
Sachlich richtig (Unterschrift) ▶				Im Auftrag (Unterschrift) ▶		

Festsetzung

LFD-ZG

Die Zahlung des Entgelts	ab	
<input type="checkbox"/> wird wieder aufgenommen		.
<input type="checkbox"/> Eine Abschlagszahlung in Höhe von	Betrag	€ wurde veranlasst.

Bearbeitungsvermerke der LFD-ZG / Stempel