

Arbeitszeitnachweis

Der AZ-Nachweis muss spätestens bis zum 01. des Folgemonats im Büro abgegeben werden.



Oktober 2020

Name, Vorname: _____ Stunden/Woche lt. Arbeitsvertrag: _____

Datum	Tag	Tour/Dienst/Patientenname	Uhrzeit von-bis	Std. gesamt (abzgl. Pause)	Std. von 20-00 u. 04-06 Uhr	Std. von 00 bis 04 Uhr	Std. Sonntag	Std. Feiertag 125% / 150%	Anmerkung	eine Fahrt Büro (km)	eine Fahrt Patient (km)	Fahrzeit in Stunden	HDZ
01.	Do.												
02.	Fr.												
03.	Sa.												
04.	So.												
05.	Mo.												
06.	Di.												
07.	Mi.												
08.	Do.												
09.	Fr.												
10.	Sa.												
11.	So.												
12.	Mo.												
13.	Di.												
14.	Mi.												
15.	Do.												
16.	Fr.												
17.	Sa.												
18.	So.												
19.	Mo.												
20.	Di.												
21.	Mi.												
22.	Do.												
23.	Fr.												
24.	Sa.												
25.	So.												
26.	Mo.												
27.	Di.												
28.	Mi.												
29.	Do.												
30.	Fr.												
31.	Sa.												
Gesamt Stunden:													

Legende: Urlaub / AU: 6,67 Std.
 Dezimalzahlen: >= 15 Min. 0,25 Std. -- >= 30 Min. 0,5 Std.
 -- >= 45 Min. 0,75 Std. -- >= 60 Min. 1,0 Std.

Ausfüllen nur von Personalverwaltung				
Soll	Ist	Differenz	Jahresstunden	

Datum, Unterschrift MA:

Unterschrift Personalverwaltung: