

- zur Erfassung an D 3
- zur Ablage an den Bereich

(Name, Vorname)	(Organisatorische Zugehörigkeit, App.-Nr.)
(Geburtsdatum)	
Anzeige für eine Freistellung bei Krankheit ohne ärztliche Bescheinigung gemäß § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz	
Am habe ich aufgrund einer Erkrankung Tag Freistellung <u>ohne ärztliche Bescheinigung</u> in Anspruch genommen.	
Vom bis habe ich aufgrund einer Erkrankung Tage Freistellung <u>ohne ärztliche Bescheinigung</u> in Anspruch genommen.	
	Zur Kenntnis genommen:
(Datum, Unterschrift der/des Beschäftigten)	(Datum, Unterschrift der/des Vorgesetzten)