**Bescheinigung des Arbeitgebers zur Unabkömmlichkeit der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers**

**wegen erforderlichem Wochenenddienst**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorname:** |  |
| **Nachname:** |  |
| **Geburtsdatum:** |  |
| **Adresse:** |  |
| **PLZ, Ort:** |  |

Hiermit bestätige ich als Unterschriftsbefugte/r des unten aufgeführten Arbeitgebers,

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname: |  |
| Nachname: |  |
| dienstliche  Adresse: |  |
| Name des  Arbeitgebers: |  |

dass die im Folgenden aufgeführte/n Person/en als Erziehungsberechtigte/r eine unabkömmliche Tätigkeit gemäß der Leitlinie zur Bestimmung des Personals kritischer Infrastrukturen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 15. März 2020 wahrnimmt.

**Durch die/den o.g. Mitarbeiter\*in ist an folgenden Tagen Wochenenddienst erforderlich:**

**Samstag, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Sonntag, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Datum) (Datum)

Ort; Datum Unterschrift, Stempel des Arbeitsgebers

*Hinweis: Die Notbetreuung am Wochenende ist lediglich zu den regulären Öffnungszeiten der Einrichtung möglich.*