

1	Personalnummer
---	----------------

2	Familienname
---	--------------

3	Vorname
---	---------

4	Geburtsdatum
---	--------------

5	Amts-/Dienstbezeichnung, Funktion
---	-----------------------------------

6	Schule
---	--------

7	Staatliches Schulamt
---	----------------------

Mitteilung über Dienst-/Arbeitsunfähigkeit

Raum für Eingangsstempel SSA

Raum für Eingangsstempel Regierungspräsidium

Dienst-/Arbeitsunfähigkeit

8	Erster Tag
---	------------

9	Voraussichtliche Dauer
---	------------------------

10	Tatsächliches Ende
----	--------------------

11	Dienst-/Arbeitsantritt (sofern abweichend von Ziffer 10)
----	--

Schulreferent:

Kennntnis genommen

Datum _____ Unterschrift _____

Die Dienst-/Arbeitsunfähigkeit

- dauert länger als 6 Wochen
- wurde möglicherweise durch Unfall oder Dritte (mit-)verursacht
- tritt häufiger auf. Kopie des Abwesenheitsblattes ist beigelegt.
- Die Vertretung kann nicht innerhalb der Schule geregelt werden.
- Weitere Bemerkungen siehe Rückseite.

- Die in Zeile 6 genannte Schule
- Das in Zeile 7 genannte Staatliche Schulamt
- Dem Regierungspräsidium Karlsruhe vorgelegt
- Weitere Bemerkungen siehe Rückseite

Datum _____ Unterschrift _____

- Die in Zeile 6 genannte Schule
- Dem Staatlichen Schulamt vorgelegt

Datum _____ Unterschrift _____

Sachbearbeiter:

- Wv. am
- zu den Personalakten

Datum _____ Unterschrift _____