

## Wöchentlicher Arbeitszeitnachweis

**Entleiher:** \_\_\_\_\_

**Arbeitnehmer:** \_\_\_\_\_

**Monat:** \_\_\_\_\_

**Kalenderwoche:** \_\_\_\_\_

Ansprechpartner bei DiPers: Herr Seebeck Tel.: 0751 35450-19

Fax: 0751 35450- 49 oder - 30

Wochentag	Datum	Vormittag		Nachmittag		Gesamtstunden (ohne Pause)	Bemerkungen / Krankheit / Urlaub etc.
		Beginn	Ende	Beginn	Ende		
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
(Samstag)							
(Sonntag)							
<b>Gesamtstunden</b>							

Für eine fristgerechte Lohnauszahlung senden Sie uns den Nachweis bitte wöchentlich, zum darauf folgenden Montag, zu!!!!

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Arbeitnehmer/-in

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Vorarbeiter/Anleiter/Geschäftsführer