A R B E I T S N A C H W E I S

für geringfügig-beschäftigte Mitarbeiter/innen

KGM/Einrichtung: _____ Monat/Jahr: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Tätig als: _____

(Bitte vollständig ausfüllen zum Nachweis nach dem Mindestlohngesetz)

Datum	**von**	**bis**	**von**	**bis**	**von**	**bis**	**Summe Stunden**

Gesamtstundenzahl: _____

Hiermit wird bestätigt, dass die eingetragenen Tätigkeiten tatsächlich geleistet wurden.

Bestätigung der Richtigkeit

.....

(Datum, Unterschrift des Arbeitnehmers)

.....

(Datum, Unterschrift Pfarramt/Leitung)