

ANGABEN ZUM MITARBEITER

Name: _____ Abteilung: _____

URLAUBSZEITRAUM

Von: _____ Bis: _____ Tage: _____

ART

Erholungsurlaub Sonderurlaub Unbezahlt Überstundenabbau

Vertretung durch: _____

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter/in

Entscheidung Arbeitgeber

Genehmigt Abgelehnt

Bemerkung: _____

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber