

Arbeitszeitnachweis

Arbeitgeber: _____

Arbeitnehmer: _____

Monat

Jahr

Arbeitszeitverteilung (Soll-Stunden)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Summe

Tag	Soll-Std.	Geleistete Std. (ohne Pause)	Ausfall-Std. (KUG etc.)	Krank-Std.	ggf. Arztbesuch am	Feiertags-Std.	Urlaubs-Std.	Sonstiges/ Unterbr. Std.	Bemerkung/ Tätigkeit/ Baustelle
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
Summe									

ggf. krank bis einschl.: _____

Bemerkungen (z.B. Prämien, Gehaltserhöhung, Kündigung, Anzahl Verpflegungsmehraufwendungen):

Für die Richtigkeit der Angaben:

Arbeitnehmer

Unterschriften

Arbeitgeber