

Urlaubsantrag

Bitte senden an: 

E-Mail: info@kon-care.de
Fax: 05021 916 65 41



Mitarbeiter:

Name: _____

Vorname: _____

Personalnummer: _____

Ich beantrage:

Urlaub

vom: _____

bis: _____

vom: _____

bis: _____

Resturlaub aus dem Vorjahr: Tag(e) Im laufenden Jahr gewährter Urlaub: Tag(e)

Urlaubsanspruch im laufenden Jahr: Tage Jetzt beantragter Urlaub: Tag(e)

Voraussichtlicher Resturlaub: Tag(e)

Arbeitsbefreiung

Freizeitausgleich: vom: _____ bis: _____

gem. § 45 SGB V: vom: _____ bis: _____

Aus sonstigen Gründen: vom: _____ bis: _____

Urlaub genehmigt am: _____

X

Unterschrift (Arbeitnehmer/in)

Datum: _____

X

Unterschrift (Arbeitgeber/in)

Datum: _____