|  |  |
| --- | --- |
| Fakultät, Institut, Seminar: | Heidelberg, den |
|  | Ansprechpartner/in:  Telefonnummer:  E-Mail: |

An die

Universität Heidelberg

- Personalabteilung, Abteilung 5.1/5.2 -

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mitteilung über Arbeitsunfähigkeit **Unbedingt beizufügen ist die Ärztliche Bescheinigung** | | | |  | |
|  | | | |
| Name, Vorname: |  | | | |
| Amts-/Dienstbezeichnung: |  | | | |
| Ärztliche Bescheinigung vom: |  | | | |
| Erkrankt seit: |  | | | |
| Arbeitsunfähig voraussichtlich bis: (einschließlich) |  | | | |
| **Letzter Arbeitstag vor der Erkrankung:** |  | | | |
| Liegt ein Arbeitsunfall vor? | Ja  Unfalltag (Datum) | Nein | | |
| Am Unfalltag gearbeitet bis: |  | | | |
| Wurde der Unfall durch einen Dritten verursacht? | Ja  Person und Anschrift des Verursachers: | | Nein | |
|  | | | |

…………………………………………..

Unterschrift