|  |  |
| --- | --- |
| 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