

Stundennachweis

Abrechnungszeitraum				Zutreffendes bitte ankreuzen (X) oder ausfüllen		
Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli
August	September	Oktober	November	Dezember	20 ____	
Name, Vorname			Abteilung, Station		Personalnummer	
Datum	Bezeichnung der Schicht	VON (Uhrzeit)	BIS (Uhrzeit)	Pause	Stunden	
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.						
				Gesamtstundenzahl -->		

Datum: _____

Datum: _____

Stempel

Unterschrift Stationsleitung

Unterschrift Schüler/in