

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