

2. Sorgeberechtigte(r) B

Name, Vorname: _____

[] Angestellt:

Hiermit bestätigen wir, dass oben genannte Person bei uns in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis steht.

Beschäftigt seit: _____

Befristet bis: _____ (falls zutreffend)

☐ **Vollzeit** ☐ **Teilzeit**

Die Arbeitszeiten sind wie folgt:

Ort, Datum, Stempel & Unterschrift Arbeitgeber

[] Selbstständig / Freiberuflich (Eigenerklärung):

Ich erkläre, dass ich meine Tätigkeit hauptberuflich ausübe.

Nachweis liegt bei: ☐ Gewerbeschein ☐ Kammer- /
Finanzamtsbestätigung

Ort, Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte(r) B