

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
Inklusionsamt
Darwinstr. 15
10589 Berlin



**Anzeige einer Kündigung in den ersten sechs Monaten der Beschäftigung
gem. § 173 Abs. 4 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX)**

Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses mit der / dem

schwerbehinderten

gleichgestellten behinderten

Anrede

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Beschäftigt seit:

Beschäftigt als:

Die Kündigung wird/ wurde ausgesprochen am:

Angaben zum Unternehmen/ Behörde:

Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon/ Fax:

E-Mail:

Ort, Datum

Unterschrift Handlungsbevollmächtigter/ Stempel