

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
Inklusionsamt
Postfach 31 09 29
10639 Berlin



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

Telefon:

E-Mail:

Sitz der Betriebsstätte in Berlin

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Ort, Datum

Unterschrift Handlungsbevollmächtigter/ Stempel