



Schulstempel

Datum _____

An die
Senatsverwaltung für
Bildung, Jugend und Familie

ZS P E 16 **PKB-Arbeitsvertrag**
(Per Telefax: 90227 - 4190)

ZS P _____ (Per Telefax: 90227 - 4110)

Dienstantrittsmeldung

Ich bestätige die Dienstaufnahme von

Name, Vorname	Einstellungstag	Stundenzahl von
Überwiegender Einsatz (über 50 %) im Fach / in den Fächern		in Klassenstufe
Arbeitstag / Arbeitstage		
<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch
<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag	

Schulleitung