

Träger:

Ort, Datum

Landkreis Ludwigslust-Parchim
Stabsstelle Jugendhilfe- und Sozialplanung
Garnisonsstraße 1

19288 Ludwigslust

Änderungsmeldung zum Einsatz des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen im Sinne § 47 SGB VIII

Ausgeschiedene/r Mitarbeiter/in

Anschrift der Einrichtung: _____

Aktenzeichen: _____

Personalangaben der ausgeschiedenen Mitarbeiterin/ des ausgeschiedenen Mitarbeiters

zum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsjahr: _____

Art der Ausbildung: _____

Art der Beschäftigung: _____

Wöch. Arbeitsstunden: _____

Gründe des Ausscheidens (Bitte zutreffendes ankreuzen!):

- | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kündigung | <input type="checkbox"/> Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Aufhebungsvertrag | |
| <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Stempel und Unterschrift des Trägers

Stempel und Unterschrift Leiter/in der Einrichtung