Landes
Zahnärztekammer
Oberösterreich

Beendigung Jobsharing

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich, Dr. ……beende hiermit das

☐ Jobsharing
(Die Beendigung des Jobsharings ist spätestens ein Monat vor dem beabsichtigten Ende zu übermitteln.)

☐ erweiterte Jobsharing
(Eine Beendigung des erweiterten Jobsharings ist nur unter Einhaltung einer sechsmonatigen Frist zum Kalenderhalbjahr möglich.)

mit Herrn/Frau …….

mit Wirksamkeit zum ……..

…… ……
Ort, Datum Stempel u. Unterschrift