

Formular: Meldung vorzeitiges Ende Schwangerschaft

Dienstgeber: _____

Dienstnehmerin: _____

Datum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich melde hiermit im Sinne des § 3 Abs 4 MSchG das vorzeitige Ende der
Schwangerschaft mit Datum _____.

Ich bitte um Bestätigung und Kenntnisnahme.

Unterschrift