



Dr.-Klaus-Schmidt-Hauptschule Salzgitter-Bad, Erikastr. 10-12, 38259 Salzgitter

**Bescheinigung des Arbeitgebers für die Inanspruchnahme eines Notbetreuungsplatzes in der  
Dr.-Klaus-Schmidt-Hauptschule Salzgitter-Bad**

Frau/ Herr \_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

geb. am \_\_\_\_\_ ist seit dem \_\_\_\_\_ bei

\_\_\_\_\_  
(Bezeichnung, Adresse des Arbeitgebers) beschäftigt.

Es handelt sich um folgende Art von Stelle:

- Vollzeit                       Teilzeit  
 unbefristet                       befristet bis: \_\_\_\_\_

Unser Mitarbeiter/ unsere Mitarbeiterin ist in folgendem Bereich beschäftigt (bitte ankreuzen):

- Gesundheitsbereich, medizinischer Bereich und pflegerischer Bereich
- Polizei, Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Feuerwehr
- Justizvollzug, Maßregelvollzug und vergleichbare Bereiche
- Beschäftigte zur Aufrechterhaltung der Staats-und Regierungsfunktionen
- Energieversorgung, Wasserversorgung
- Hygiene und Ernährung (Produktion, Groß-und Einzelhandel),
- Informationstechnik und Telekommunikation
- Bargeldversorgung
- Transport und Verkehr
- Müllentsorgung
- Medien und Kultur, Risiko-und Krisenkommunikation,
- Einzelhandel
- Betreuung der Notgruppen in Kindertagesstätten
- Lehrer\*in
- Sonstige betriebsnotwendige Stellung: \_\_\_\_\_

Die Anwesenheit von Frau/ Herrn \_\_\_\_\_ ist in unserem Unternehmen/ unserer  
Einrichtung aus folgendem Grund zwingend erforderlich:

---

---

Kann Frau/ Herr \_\_\_\_\_ ab sofort der ihr/ ihm übertragenen Tätigkeiten in  
unserem Unternehmen/ unserer Einrichtung nicht nachkommen:

droht eine Kündigung nach dem Arbeitsrecht

drohen erhebliche Lohnkürzungen/ Verdienstauffälle

kann die Aufrechterhaltung des systemrelevanten Bereiches/ des Bereiches des allgemeinen öffentlichen  
Interesses \_\_\_\_\_ nicht gewährleistet/ sichergestellt werden.

Hiermit wird versichert, dass die Tätigkeiten von Frau/ Herrn \_\_\_\_\_ ausschließlich durch  
ihre/ seine Person ausgeübt werden können und zudem alle internen Sonderregelungen (Resturlaub,  
Sonderurlaub, Abbau von Überstunden, Aufbau von Minusstunden etc.) ausgeschöpft sind.

Darüber hinaus wird versichert, dass das Erfüllen der dienstlichen Aufgaben von Frau/ Herrn  
\_\_\_\_\_ im Home-Office, in geeigneten Schicht-/Wechselsystemen (stündlich,  
täglich, wöchentlich), durch mobiles Arbeiten etc. im Rahmen der Aufrechterhaltung der kritischen  
Infrastruktur nicht möglich ist.

---

Datum, Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

Bei Rückfragen zur vorliegenden Bescheinigung kann sich die Dr.-Klaus-Schmidt-Hauptschule wenden an:

Name des Unternehmens/ der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Leitung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Alle (kurzfristigen) Änderungen zum Arbeitsverhältnis (s.o.) werden der Dr.-Klaus-Schmidt-  
Hauptschule unverzüglich mitgeteilt.**

---

Datum, Unterschrift des Arbeitnehmers