

An die Niederlassung/Betrieb:
Anschrift:
Dienststelle:

Absender

Name:
Personal-Nr.:
Wohnanschrift:

**Antrag zur Freistellung von der Arbeit zur erforderlichen ärztlichen Behandlung
gem. § 616 BGB**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage die bezahlte Freistellung von der Arbeit auf der Grundlage § 616 BGB.

Ich habe für den _____ um _____ Uhr einen Termin zur Covid-19
Schutzimpfung zugewiesen bekommen. Dieser zugewiesene Impftermin liegt in meiner
Arbeitszeit.

Am Tag der Impfung muss ich in der Zeit von _____ bis _____ arbeiten.

Zur Wahrnehmung des Termins benötige ich eine Fahrzeit von ca. _____ Minuten, so
dass ich am _____ ab _____ Uhr meiner Verpflichtung zur Arbeit
nicht mehr nachkommen kann, um zeitgerecht den zugewiesenen Impftermin wahrnehmen
zu können.

Bitte bestätigen Sie mir schriftlich die bezahlte Freistellung von der Arbeit zu Wahrnehmung
einer erforderlichen ärztlichen Behandlung in der Arbeitszeit.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift:
