

Antrag auf Dienstbefreiung



Ortsverband
Viersen

Name: _____

Einheit: _____

(immer auszufüllen)

Ich beantrage in der Zeit vom _____ bis _____ Dienstbefreiung

aus folgendem Grund:

Mir ist bekannt, dass die **Dienstbefreiung** vom **Ortbeauftragtem** genehmigt werden muss.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift des Helfers)

.....
(Unterschrift Ortsbeauftragter)

(nicht von dem Helfer auszufüllen)

Verteiler / Prüfung:

OB	stv.OB	AB	VwHe	ZFü	GrFü 1.BG	GrFü 2.BG	GrFü FG-R	GrFü FG-O
----	--------	----	------	-----	--------------	--------------	--------------	--------------

Verwaltung:

THWin	Group Alarm
-------	----------------

Empfangsbestätigung

Die Anzeige oder der Antrag gilt als positiv entschieden wenn Sie innerhalb von 14 Tagen nach Abgabedatum keine mündliche, fernmündliche oder schriftliche Absage erhalten haben.

Dienstbefreiung

_____ bis _____

.....
(Abgabedatum)

.....
(Unterschrift des Empfängers)