



## Rettung

Zivilschutz

### Gesuch um Dienstverschiebung

Vorgesehener Dienstanlass \*

Kursnummer \*

von

bis

### Personalien

Name \*

Versichertennummer

Vorname \*

Telefon Privat

Adresse \*

Telefon Geschäft

PLZ, Ort \*

Mobile

### Zeitfenster für die Verschiebung

1. Priorität\* von

bis

2. Priorität von

bis

Bitte ergänzen Sie das Gesuch auch auf der zweiten Seite. Die Blätter sind auszudrucken und uns unterschrieben per Post zuzustellen.

\* = Pflichtfelder

**Grund**

Mittelschule

Berufsschule

Lehre

berufliche Weiterbildung

Andere

medizinisch (zwingend ärztliches Attest beilegen)

**Begründung**

Datum

Unterschrift

**Beilage**

(zwingend! Ohne Beilagen wird das Gesuch zurückgewiesen!)

Bestätigung Schulleitung

Bestätigung Arbeitgeber

Arztzeugnis

Andere