

 UNIVERSITÄTS KLINIKUM HEIDELBERG	Kündigung
<i>Geschäftsbereich Personalmanagement</i>	Formular

Angaben zur Person

Anrede:	Titel:
Name, Vorname:	
Geb.Datum:	Personalnummer:
PLZ Wohnort:	Straße:

Beschäftigungsdaten

Beschäftigt als:	seit:
Klinik/Institut	Abt.
Kündigung des Arbeitsverhältnisses zum Ablauf des:	
Kündigungsgründe (optinal):	

Mir ist bekannt, dass ich zur Aufrechterhaltung ungekürzter Ansprüche auf Arbeitslosengeld verpflichtet bin, mich unverzüglich nach Ausspruch dieser Kündigung beim Arbeitsamt arbeitsuchend zu melden. Sofern dieses Arbeitsverhältnis noch länger als 3 Monate besteht, ist eine Meldung drei Monate vor der Beendigung ausreichend. Zur Wahrung der Frist reicht eine fernmündliche Meldung aus, wenn die persönliche Meldung nach terminlicher Vereinbarung nachgeholt wird. Weiterhin bin ich verpflichtet, aktiv nach einer Beschäftigung zu suchen.

Heidelberg, den _____

Unterschrift

Kündigung wird wie oben terminiert angenommen:

Heidelberg, den _____

(Stempel) Unterschrift (Vorgesetzte/r)

GBPM ID	Revision	Datum Freigabe	
2.1	000		Seite 1 von 1