

# Eidesstattliche Versicherung

Name, Vorname : \_\_\_\_\_

Straße : \_\_\_\_\_

PLZ, Ort : \_\_\_\_\_

Hierdurch bestätige ich, dass ich in der Zeit

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei

der nachfolgenden Insolvenzschildnerin beschäftigt war.

Arbeitgeber, Anschrift : \_\_\_\_\_

Ich bin zum \_\_\_\_\_ aus dem Arbeitsverhältnis ausgeschieden durch

Eigenkündigung zum \_\_\_\_\_

Kündigung durch Arbeitgeber / Insolvenzverwalter zum \_\_\_\_\_

Aufhebungsvertrag vom \_\_\_\_\_

Mein Arbeitsentgelt wurde für folgende Zeiträume nicht entrichtet:

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Brutto: \_\_\_\_\_ €, Netto: \_\_\_\_\_ €

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Brutto: \_\_\_\_\_ €, Netto: \_\_\_\_\_ €

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Brutto: \_\_\_\_\_ €, Netto: \_\_\_\_\_ €

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Brutto: \_\_\_\_\_ €, Netto: \_\_\_\_\_ €

**Ich erkläre wahrheitsgemäß durch meine Unterschrift die oben gemachten Angaben.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_