

## Arbeitsunterbruch Ende

von saisonal beschäftigten Personen (Wiederaufnahme der Arbeit)

Firma \_\_\_\_\_  
 Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_  
 Plan \_\_\_\_\_

### Ende des befristeten Arbeitsunterbruches

Teilen Sie uns zum Ende des befristeten Arbeitsunterbruches für alle Personen, für die Sie uns den Arbeitsunterbruch gemeldet haben, die Wiederaufnahme der Arbeit mit diesem Formular mit.

SV-Nr.	Name Vorname	Beitragsbeginn	AHV-Jahreslohn	Beschäftigung in %	Voll arbeitsfähig
1. 756. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. 756. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. 756. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. 756. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. 756. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wir bestätigen, dass die mit «ja» gekennzeichneten Personen voll arbeitsfähig sind.

Ort und Datum

Unterschrift Arbeitgeber