Muster
Abbruch BEM

Erklärung zum Abbruch des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach Paragraph 167 Absatz 2 SGB IX

Name, Vorname

Geburtsdatum

Personalnummer

Ich bin mit der weiteren Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nicht mehr einverstanden.

Mir ist bekannt, dass mir durch den Abbruch des Betrieblichen Eingliederungsmanagements durch meine Person nach Paragraph 167 Absatz 2 SGB IX im Falle einer Kündigung des Arbeitsverhältnisses Nachteile in einem Kündigungsschutzprozess entstehen können.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte halten Sie beim Umgang mit personenbezogenen Daten die geltenden Datenschutzgesetze ein. Lesen Sie hierzu die Arbeitshilfe 5 „Datenschutzerklärung“ unter aok.de/fk/bem.

AOK. Die Gesundheitskasse.