

Mustervordruck Abbruch BEM

Erklärung zum Abbruch des Betrieblichen
Eingliederungsmanagements nach §167 Abs. 2 SGB IX

Name, Vorname

Geburtsdatum

Personalnummer

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

Mir ist bekannt, dass mir bei einem Abbruch des Betrieblichen Eingliederungsmanagements durch meine Person nach §167 Abs. 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.**