Erklärung zum Ende des betrieblichen

Eingliederungsmanagements (BEM)

Das BEM für ……………………………………………………………………………………….

(Name der/des Beschäftigten)

wurde am ………………………

aus folgendem Grund beendet:

..………………………………………………………………………………………………………..

..………………………………………………………………………………………………………..

..………………………………………………………………………………………………………..

..………………………………………………………………………………………………………..

..………………………………………………………………………………………………………..

..………………………………………………………………………………………………………..

Der/Die Arbeitgeber/in ist der Verpflichtung nach § 167 Abs. 2 SGB IX nachgekommen, ein betriebliches Eingliederungsmanagement anzubieten und mit Zustimmung der/des Betroffenen durchzuführen.

..………………………………………………………………………………………………………..

Ort, Datum, Unterschrift Beschäftigte/r

..………………………………………………………………………………………………………..

Ort, Datum, Unterschrift Arbeitgeber/in