



Dienstverschiebungsgesuch

Dieses Dokument ist nur gultig, sofern es vom
Gesuchsteller pers6nlich unterschrieben ist.
Das Formular kann online ausgefult und
anschliessend gedruckt werden. Bitte stellen
Sie uns das Formular mit entsprechenden
Beilagen unterschrieben per Post oder Mail zu.

ZSO Zuzibiet
Schulweg 1
5316 Leuggern

Personalien

Name	_____	Versichertennummer	_____
Vorname	_____	Grad	_____
Adresse	_____	Funktion	_____
PLZ, Ort	_____	Einteilung	_____
Tel. privat	_____		
Tel. geschftlich	_____		
Tel. mobil	_____		
E-Mail	_____		

Vorgesehener Dienst (WK)

Kursnummer/-name _____ von _____ bis _____

Dienstverschiebung

1. Prioritdt von _____ bis _____
2. Prioritdt von _____ bis _____

Grund

Lehre beruflich Weiterbildung medizinisch
Anderer: (Arztzeugnis beilegen)

Begrundung

Ort, Datum

Unterschrift des Gesuchstellers/ der Gesuchstellerin

Beilagen: Bestdtigung Arbeitgeber
Arztzeugnis

Wird vom Kommando ausgefult:

Eingangsdatum:

Bewilligt Abgelehnt

Grund:

DV in Kurs:

Unterschrift: