



REGION - ORTS/BETRIEBSGRUPPE: _____

STREIKERFASSUNGSLISTE FÜR ARBEITNEHMER

ÜBER DIE TEILNAHME AN ARBEITSKAMPFMASSNAHMEN

An dem Arbeitskampf am _____ in _____
haben folgende Arbeitnehmer(-innen) / Auszubildende teilgenommen:

lfd. Nr.	ggf. Betriebshof	Name, Vorname In Druckbuchstaben	Tätigkeit Bus/Tram/U- Bahn/SD/Werkstatt	gestreikt von – bis Uhrzeit (Dienst)	Unterschrift
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Die Teilnahme am Streik wird bestätigt: _____
Datum Unterschrift des Streikleiters

Seiten Nr.: _____

