



Verschiebungsgesuch

(Bitte nur für Dienstleistungen des Zivilschutzes verwenden)

Dieses Dokument ist nur gültig, sofern es unterschrieben ist. Bitte füllen Sie dieses Formular aus, drucken und unterschreiben dieses und stellen es uns per Fax oder Post zu (Adresse siehe oben). **Bitte beachten Sie, dass (ausser bei gesundheitlichen Gründen) Dispensationen grundsätzlich nicht möglich sind. Solange eine Dienstverschiebung nicht bewilligt ist, sind Sie einrückungspflichtig.**

Personalien

Name und Vorname:

AHV-Nr.:

Beruf:

Strasse / Nr.:

Postleitzahl / Wohnort:

Zu verschiebender Dienst Anlass

Dienst Anlass:
(Art des Dienstes)

Einrückungsdatum:

Begründung für
Verschiebungsgesuch:

Datum / Unterschrift:

Beilagen

(Bestätigungen von Arbeitgebern, Lehranstalten usw. sind wenn immer möglich beizulegen)