

KÜNDIGUNG DES ARBEITSVERHÄLTNISSSES WEGEN LEGASTHENIE

Arbeitgeber: _____

Arbeitnehmer: _____

Kündigung wegen Legasthenie

Hiermit kündige ich das zwischen uns bestehende Arbeitsverhältnis aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung aufgrund meiner diagnostizierten Legasthenie. Trotz meiner bemühten Anpassungen und Nachteilsausgleiche ist es mir nicht möglich, die vertraglich vereinbarten Aufgaben in vollem Umfang zu erfüllen. Diese Kündigung erfolgt nach sorgfältiger Abwägung und ist notwendig, um weiteren Schaden für beide Seiten zu vermeiden.

Rechtliche Hinweise

Diese Kündigung erfolgt gemäß den Bestimmungen des deutschen Arbeitsrechts. Der Arbeitnehmer weist darauf hin, dass eine medizinische Diagnose der Legasthenie vorliegt und dass eine Weiterbeschäftigung unter den bisherigen Bedingungen nicht möglich ist. Sollten Fragen bestehen, stehe ich für ein klärendes Gespräch zur Verfügung.

Datum und Unterschrift

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen / Ergänzungen

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/legasthenie-kundigungsgrund/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.