



FÖRSÄKRAN
Sjukdom
(för timavlönade)

| | |
|--------------------|--------------|
| Efternamn, förnamn | Personnummer |
| Bemanningsenheten | |

| | | | | | | |
|--|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Sjuk fr o m t o m | | | | | | |
| Arbetspass | | | | | | |
| Datum |/..... |/..... |/..... |/..... |/..... |/..... |
| Klockslag | Fr o m - T o m | | | | | |
| | | | | | | |
| Minuter | Rast min | | | | | |
| | | | | | | |
| Arbetspass | | | | | | |
| Datum |/..... |/..... |/..... |/..... |/..... |/..... |
| Klockslag | Fr o m - T o m | | | | | |
| | | | | | | |
| Minuter | Rast min | | | | | |
| | | | | | | |
| Bifoga kopia av läkarintyg fr o m dag 8 | | | | | | |

FÖRSÄKRAN

Jag försäkrar att ovanstående uppgifter är fullständiga och sanningsenliga

.....
Datum

.....
Underskrift