

Försäkran sjukdom/vab timavlönad

- Ej fullständig ifylld blankett skickas tillbaka till ansvarig chef.
- Fullständig ifylld blankett skickas in till lön av ansvarig chef.
- Bifoga kopia av läkarintyg från och med dag 8.

Anställningsuppgifter

Namn		Personnummer			
Befattning		Arbetsplats			
Ansvar	Verksamhet	Aktivitet		Objekt	

Frånvaro

Sjukdom Vab period. Barns personnummer

Från och med till och med

Datum														
Klockslag	from	tom	from	tom	from	tom	from	tom	from	tom	from	tom	from	tom
Rast min														

Datum														
Klockslag	from	tom	from	tom	from	tom	from	tom	from	tom	from	tom	from	tom
Rast min														

Signatur

Ort och datum	Namn-teckning arbetstagare	Namn-förtydligande arbetstagare
Ort och datum	Namn-teckning chef	Namn-förtydligande chef