**Medarbetare**

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn och efternamn\_ | Personnummer\_ |
| Sektor/Förvaltning och enhet\_ | Anställningsnummer\_ |

**Sjukfrånvaro / Tillfällig vård av barn VAB / Pappadagar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Egen sjukdom | [ ]  VAB / Pappadagar | Barnets pers nr \_ |
| Frånvaroperiod fr o m \_ t o m \_  |
| Partiell frånvaro dag 1 fr o m kl \_ t o m kl \_  |

**Läkarintyg ska lämnas fr o m 8:e sjukskrivningsdagen**

**Endast för timanställd personal, planerade arbetsdagar under de första 14 kalenderdagarna**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Kl fr o m | Kl t o m  | Rast minuter | Antal timmar |
| **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** |
| **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** |
| **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** |
| **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** |
| **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** |
| **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** |
| **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** |
| **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** |
| **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** |
| **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** |
| **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** |
| **\_** | **\_** | **\_** | **\_** | **\_** |
|  **Summa timmar** | **\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort och datum \_ | Ort och datum \_ |
| Underskrift arbetstagare | Underskrift ansvarig chef |
|  | Namnförtydligande\_ |

**Information**

**Skriv tydligt. Är blanketten inte läsbar eller fullständigt ifylld skickas den tillbaka till ansvarig chef, vilket kan medföra att utbetalning inte sker i tid. För att ha rätt till sjuklön måste man ha varit anställd i minst 14 dagar i följd innan sjukperioden.**

Medarbetare fyller i blanketten och lämnar till ansvarig chef för godkännande.

Chef mailar undertecknad blankett till **servicedesk.lon@soltakab.se**för handläggning.