

Efternamn, förnamn	Personnummer
E-mail	Telefon, mobil

**Försäkrar att jag varit sjuk följande tid/tider:**

Från och med (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Till och med (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Frånvarons omfattning (kryssmarkera)			
		100%	75%	50%	25%

**Insjuknade på arbetsplatsen:**

Nej

Ja Kom till arbetet kl .....

Rast/lunch mellan: .....

Gick hem kl .....

Tjänstgöringens omfattning i %	Tjänstgör varje dag
	Koncentrerad tjänstgöring Tjänstgöringsdagar: mån    tis    ons    tors    fre

**Fr o m 8:e kalenderdagen fordras läkarintyg**

Datum	Anställd, underskrift
Datum	Anslagsinnehavare, underskrift och namnförtydligande

Version 2022.1