

Sjuk- och VAB anmälan

Medarbetare

Förnamn och efternamn —	Personnummer —
Sektor/Förvaltning och enhet —	Anställningsnummer —

Sjukfrånvaro / Tillfällig vård av barn VAB / Pappadagar

<input type="checkbox"/> Egen sjukdom	<input type="checkbox"/> 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 (som inte är med i TCPool), 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/TCPool-adm för godkännande.

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