

Sjuk-och VAB-anmälan

Blanketten ska endast användas om tillgång till Självservice HR/Lön inte finns

Kommun/Bolag _____

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, 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 —

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.

Information

Skriv tydligt. Är blanketten inte läsbar eller fullständigt ifylld medför det förlängd handläggningstid.

Chef bifogar undertecknad blankett i ärende till SOLTAK Kundservice Lön för handläggning. Original sparas i kommunen.

Kundservice.soltakab.se