

Namn: _____

Personnummer: _____

Befattning: _____

Telefonnummer: _____ E-postadress: _____

Semester

	Fr.o.m. år mån dag	To.m. år mån dag
<input type="checkbox"/> Semester		

Föräldraledighet

Ange barnets personnummer: _____

	Fr.o.m. år mån dag	To.m. år mån dag	Omfattning
<input type="checkbox"/> Vård av barn			%
<input type="checkbox"/> Tillfällig vård av barn ("VAB")			%
<input type="checkbox"/> Förkortning av arbetstid			%
<input type="checkbox"/> Annan föräldraledighet, ange orsak under "Upplysningar"			%

Tjänstledighet med lön

	Fr.o.m. år mån dag	To.m. år mån dag	Omfattning
<input type="checkbox"/> Permission (med lön), ange orsak under "Upplysningar"			timmar
<input type="checkbox"/> Arbetstidsförkortning (med lön)			timmar
<input type="checkbox"/> Söka annat jobb under uppsägningstiden			timmar

Tjänstledighet utan lön

	Fr.o.m. år mån dag	To.m. år mån dag	Omfattning
<input type="checkbox"/> Militärtjänstgöring (inkallelseorder bifogas)			%
<input type="checkbox"/> Studier (antagningsbevis och studieplan bifogas)			%
<input type="checkbox"/> Trängande familjeskäl, ange orsak under "Upplysningar"			%
<input type="checkbox"/> Närståendevård (beslut från Försäkringskassan bifogas)			%
<input type="checkbox"/> Starta eget (beskrivning av verksamheten bifogas)			%
<input type="checkbox"/> Prova på annat jobb på grund av sjukdom			%
<input type="checkbox"/> Annan ledighet, ange orsak under "Upplysningar"			%

Upplysningar: _____

Datum: _____ Underskrift medarbetare: _____

Beslut

Beviljas med lön Beviljas utan lön Avslås

Anmärkning: _____

Datum: _____ Underskrift ansvarig chef: _____

Kopia till medarbetaren och original till HR.