

Namn	Personnummer

SEMESTER	Datum		Antal. arbets dgr		
	fr.o.m.	t.o.m.	mån 1	mån 2	
Semesterdagar					
Sparade semesterdagar					
Obetald semester					

FÖRÄLDRALEDIGHET	Datum		Ant.arb.dgr vid ledighet del av kal mån		Omfattning			
	fr.o.m.	t.o.m.	mån 1	mån 2	1/1	3/4	1/2	1/4
Havandeskapspenning					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldraledighet i samband med barns födelse <input type="checkbox"/> ensamstående					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förlängd föräldraledighet					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldraledighet för tillfällig vård av barn					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förkortad arbetstid för vård av barn					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnets personnr								

ANNAN LEDIGHET	Datum		Antal		
	fr.o.m.	t.o.m.	tim enl. schema	frånvaro tim	arb. dagar
Tjänstledig utan lön					
Enskild angelägenhet med lön					
Militärtjänstgöring/civilförsvartjänst					
Komp ledig (antal timmar)					
Närståendevård (Efter beslut av Försäkringskassan)					

Anmärkingar

Beviljas: ja nej Arbetsledarens underskrift

Datum och underskrift

.....