

<b>Namn</b>	<b>Personnummer</b>

På grund av sjukdom har jag inte kunnat arbeta			
HELT		DEL AV DAG	
Fr.om	T.o.m	Fr.o.m.	T.o.m.

A	B	C		D	E	F				G		Vikarie
		Arbets- tid	klock- slag			OB-tid				Jour tid		
Dag	Sjukdag / arbetsdag	fr.o.m	t o m	Antal tim enl schema	Antal sjuk timmar	vardag kväll	vardag natt	vecko slut	stor-helg	vardag	helgdag	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
<b>SUMMA</b>												

**Anteckning**

---



---



---

<input type="checkbox"/> Jag är fortfarande sjuk	<input type="checkbox"/> Läkarintyg finns	Sjukdomen är orsakad av arbetet <input type="checkbox"/>	Skadedatum:

Jag försäkrar på heder och samvete, att jag på grund av sjukdom varit helt oförmögen att arbeta under ovan angiven tid

---

( datum och namnteckning)