

Sjukförsäkrans

Handläggare

Namn	Telefonnummer	Datum
------	---------------	-------

Anställdes uppgifter

Namn (efternamn/förnamn)	Anställningsnummer	Personnummer
Adress		
Postnummer	Ort	Telefonnummer

Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaroperiod, från och med	till och med	<input type="checkbox"/> Läkarityg har lämnats in	<input type="checkbox"/> Läkarityg bifogas
Sjukfrånvarans omfattning under perioden			
<input type="checkbox"/> Hel	<input type="checkbox"/> Halv	<input type="checkbox"/> Annan omfattning:	

Underskrift (Jag intygar härmed att jag varit frånvarande enligt ovanstående på grund av sjukdom)

Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande