

Efternamn		Förnamn		Personnummer
Tid för ledighet	Fr o m	T o m	Förvaltning	Arbetsplats
Befattning	Antal arbdgr		Vid del av dag kl	Antal timmar av ord timmar
Omfattning i procent		Facklig organisation (gäller endast vid ledighet för fackligt uppdrag/kurs)		

Ledighetsorsak

- Semester Offentligt uppdrag, t ex nämnd (ange nämnd etc).....
 Studier Militärtjänstgöring
 Enskild angelägenhet
 Annan orsak

Föräldraledighet

	fr o m	t o m	omf(procent)	arb.dgr	anm
Besök mödravård	<input type="checkbox"/> med lön	<input type="checkbox"/> utan lön			
Havandeskapspenning					
Föräldrapenning över garantinivå					
Föräldrapenning enl garantinivå					
Pappaledighet vid barns födelse 10 d					
Vård av barn utan Fp (enl lag)					
Vård av barn utan Fp (utöver lag)					
Kontakt dagar (LSS)					
<input type="checkbox"/> Ensamstående	Beräknad nedkomst	Barnets personnummer	Föräldrapenningar tidigare utgått för detta barn	Önskar föräldrapenningstillägg	
	år mån dag	år mån dag nr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	

Nära anhörigs svårare sjukdom och bortgång

	fr o m	t o m	omfattning	arb.dgr	
Ledighet med lön - ledigheten avser					Datum för dödsfall
<input type="checkbox"/> sjukdom	<input type="checkbox"/> begravning	<input type="checkbox"/> bouppteckning			
<input type="checkbox"/> dödsfall	<input type="checkbox"/> gravsättning				Datum för begravning
Släktskap					Om resor till annan ort, ange orsnamn
<input type="checkbox"/> make/maka	<input type="checkbox"/> förälder	<input type="checkbox"/> svärförälder			
<input type="checkbox"/> samboende	<input type="checkbox"/> reg partner	<input type="checkbox"/> mor-o farförälder			
<input type="checkbox"/> barn	<input type="checkbox"/> barnbarn	<input type="checkbox"/> syskon			

Facklig ledighet

	fr o m	t o m	omfattning	arb.dag
<input type="checkbox"/> Fortlöpande verksamhet				
<input type="checkbox"/> Kursdeltagande eller motsvarande				Kursprogram skall alltid bifogas

Pension fr o m..... **Uppsägning** sista arbetsdag.....

Kompletterande upplysningar:

Sökandens underskrift

	Namnteckning	Datum
Y	<input type="checkbox"/> Tillstyrkes	<input type="checkbox"/> Avstyrkes
T	<input type="checkbox"/> Beviljas	<input type="checkbox"/> Avslås
T	<input type="checkbox"/> Bibehållen lön	<input type="checkbox"/> Utan lön
R	Datum	Datum
A	Datum	Datum
N	Datum	Datum
D	Datum	Datum
E	Underskrift av behörig	Underskrift av behörig
	Anmärkning:	