

Ledighetsansökan

Arbetsplats	Datum	Personnummer (år, mån, dag, nr)
Efternamn och förnamn		

Föräldraledighet

<input type="checkbox"/> Graviditetespenning (Beslutet bifogas) Beräknad nedkomst datum _____ <input type="checkbox"/> Föräldrapenning enligt sjukpenningnivå <input type="checkbox"/> Föräldrapenning enligt lägstnivå <input type="checkbox"/> Barn under 8 år Barnets personnr (år, mån, dag, nr) _____	Ledighetens omfattning <input type="checkbox"/> 1/1-tid <input type="checkbox"/> ½-tid <input type="checkbox"/> 1/4-tid <input type="checkbox"/> Tim/v <input type="checkbox"/> Ensamstående Semesterlagen skiljer på antalet semestergrundande dagar för ensamstående och gifta/samboende
---	---

Ledighetsperiod (Föräldraledighet)

Fr.o.m.	T.o.m.	Ledighetens omfattning
år mån dag	år mån dag	<input type="checkbox"/> 1/1-tid <input type="checkbox"/> 1/2-tid <input type="checkbox"/> 1/4-tid <input type="checkbox"/> Tim/v

Ledigheter utan lön

<input type="checkbox"/> Tjänstledig utan lön
<input type="checkbox"/> Studier utan lön
<input type="checkbox"/> Övrigt Orsak: _____

Ledighetsperiod (Ledigheter utan lön)

Fr.o.m.	T.o.m.	Ledighetens omfattning
år mån dag	år mån dag	<input type="checkbox"/> 1/1-tid <input type="checkbox"/> 1/2-tid <input type="checkbox"/> 1/4-tid <input type="checkbox"/> Tim/v

Tänk på att reglera ev. minus i flexen – och/eller planerings saldo vid längre ledighet

Anteckning:

Sökandes underskrift

.....

Ledigheten <input type="checkbox"/> Tillstyrks <input type="checkbox"/> avstyrks	Datum	Arbetsledarens underskrift	Anteckningar
Beslut <input type="checkbox"/> Beviljas <input type="checkbox"/> Avslås	Datum	Underskrift	

