



Namn		Personnummer		Arbetsplats							
Adress				Tel.				Antal arb.dagar i ledighetsperiod			
Kod	Önskad ledighet för	Fr o m	T o m	OMFATTNING				första mån	andra mån		
				100 %	75 %	50 %	25 %				
SE SO	<input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> 6 Juni <input type="checkbox"/> Betald <input type="checkbox"/> Obetald	Antal lätthelger									
BM	<input type="checkbox"/> Besök mödravårdscentralen <input type="checkbox"/> Med lön <input type="checkbox"/> Utan lön	Ange klockslag									
BH	<input type="checkbox"/> Havandeskapspenning 60-11 dagar										
BF	<input type="checkbox"/> Föräldrapenning 360 dagar										
BU	<input type="checkbox"/> Vård av barn, utan ersättning från Försäkringskassan (till 3år)										
BU	<input type="checkbox"/> Vård av barn (till 8 års ålder) s k 6-timmarsdag										
BT BT	Kontakt dagar Vård av barn Pappaledighet										
TL	Ledighet för enskild angelägenhet av vikt - med lön										
	<input type="checkbox"/> vak <input type="checkbox"/> sjukdom/bortgång <input type="checkbox"/> begravning <input type="checkbox"/> urnsättning <input type="checkbox"/> bouppteckning	släktskap och ort									
UT	<input type="checkbox"/> Utbildning, kurs, konferens i anställningen										
FF FU	<input type="checkbox"/> Facklig ledighet (Kursprogram bifogas) <input type="checkbox"/> med lön <input type="checkbox"/> utan lön										
UU US	<input type="checkbox"/> Studieledighet (ej beordrad) <input type="checkbox"/> utan lön <input type="checkbox"/> bif. antagn.beslut										
TU TL	<input type="checkbox"/> Annan ledighet (ange orsak nedan) <input type="checkbox"/> med lön <input type="checkbox"/> utan lön										
KL	<input type="checkbox"/> Kompledighet ange klockslag nedan										
KL	<input type="checkbox"/> Kompledighet för avvik. från AML avdr 165-del										
Noteringar											

Sökandes underskrift

Ansökningsdatum	Underskrift	Vid tillfällig föräldrapenning rapportörens underskrift
-----------------	-------------	---

Yttrande/Beslut

YTTRANDE <input type="checkbox"/> Tillstyrkes <input type="checkbox"/> Avstyrkes	Vikariens namn		Personnummer		
	Datum	Namnförtydligande	Underskrift		
	Motivering				
BESLUT <input type="checkbox"/> Bev. med lön <input type="checkbox"/> Bev. utan lön <input type="checkbox"/> Avslås	Datum		Namnförtydligande		Underskrift