



Tomelilla
kommun

Försäkran för sjuklön

Sjukdag 1 - 14

Arbetstagare	Personnummer	Arbetsplats
--------------	--------------	-------------

Sjuk hel dag

På grund av sjukdom har arbete inte utförts

From (år, mån, dag)	Tom (år, mån, dag)	Antal arbetsdagar
---------------------	--------------------	-------------------

Markera arbetsdagar med X, (för timanställd ange även timmar per dag)

	m	ti	o	to	f	l	s	m	ti	o	to	f	l	s	m	ti	o	to	f	l	s	
Arb.dag																						
Timmar																						

Sjukfrånvaro del av dag

På grund av sjukdom har arbete inte utförts

From (år, mån, dag)	Tom (år, mån, dag)	Sjuk antal timmar	Skulle arbetat antal timmar
---------------------	--------------------	----------------------	--------------------------------

Ej obligatorisk uppgift

Jag är fortfarande sjuk

Sjukdom/diagnos:

Läkarintyg har lämnats

Sjukdom är orsakad av arbetet

tom

Skadedatum

Övriga upplysningar:

.....
Datum

.....
Namnteckning