

Tiden

/

-

Namn

Personnr

Datum	Arb.tid börjar kl.	Arb.tid slutar kl.	Raster	Effektiv körtid	Rep. tid	Vänte- tid	Annan tid	Sjuk- frånvaro	Summa tid	Resor bostad/ arbete	Resor i tjänst	Arbetsplats

ORGANISATIONS NR:

ARBETSGIVARE:

**ÖVRIGA UPPLYSNINGAR**

- Sjukdomsfallet fortsätter efter dag 14
- Läkarintyg finns
- Sjukdomsorsak (ej obligatorisk uppgift, annat än vid rehabilitering och/eller upprepade sjukdomsfall)

Riktigheten av lämnade uppgifter försäkras härmed:

Kompletterande upplysningar
