



# VECKOTIDS- OCH FRÅNVARORAPPORT

Maskin nr

Tiden / -

Namn

Personnr

Datum	Arb.tid börjar kl.	Arb.tid slutar kl.	Raster	Effektiv kör-tid	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


Datum/namn-teckning

Arbetsgivarens ex.