

SEMESTERANSÖKAN/LEDIGHETSANSÖKAN

Ifylles av sökande (vid pennskrift, tryck hårt)

Namn		Personnummer	
Befattning	Arbetsplats		

Ansökan om semester

<input type="checkbox"/> Betald semester	Fr o m - T o m	Arbetsdagar månad 1	Arbetsdagar månad 2
<input type="checkbox"/> Obetald semester			
<input type="checkbox"/> Betald semester	Fr o m - T o m	Arbetsdagar månad 1	Arbetsdagar månad 2
<input type="checkbox"/> Obetald semester			

Ansökan om föräldraledighet

Barnets personnummer..... Ange alltid barnets personnr utom vid havandeskapspenning			
<input type="checkbox"/> Havandeskapspenning	Fr o m - T o m	Beräknad nedkomst	
<input type="checkbox"/> Erhållande av allmän föräldrapenning	Fr o m - T o m	<input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 25 %	Garantidagar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Pappapenning	Fr o m - T o m	Antal arbetsdagar	<input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 25 %
<input type="checkbox"/> Hel ledighet för barn upp till 1,5 år utan lön	Fr o m - T o m		
<input type="checkbox"/> Partiell ledighet för barn upp till 8 år eller slutat första skolåret _____ %	Fr o m - T o m	OBS! Bifoga nytt schema vid partiell ledighet	
<input type="checkbox"/> Tillfällig föräldrapenning Typ av ledighet _____	Fr o m - T o m	Antal arbetsdagar	<input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 25 %

Ansökan om annan ledighet

<input type="checkbox"/> Fackligt uppdrag (ej utbildning)	Fr o m - T o m	Antal arbetsdagar	Tim	Vid partiell ledighet _____ %
<input type="checkbox"/> Enl AB §33 mom 12 C, sem.grundande				
<input type="checkbox"/> Med lön <input type="checkbox"/> Utan lön, Program skall bifogas				
<input type="checkbox"/> Flexledig	Fr o m - T o m	Antal arbetsdagar	Tim	
<input type="checkbox"/> Kompensationsledigt	Fr o m - T o m	Antal arbetsdagar	Tim	
<input type="checkbox"/> Närståendevårdsledighet, Beslut skall bifogas	Fr o m - T o m	Antal arbetsdagar	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25%	
<input type="checkbox"/> Militärtjänstgöring/motsv	Fr o m - T o m	Antal arbetsdagar	<input type="checkbox"/> Grundutb <input type="checkbox"/> Civilförsv.utv	
<input type="checkbox"/> Med lön <input type="checkbox"/> Utan lön <input type="checkbox"/> 25% lön			<input type="checkbox"/> Reservoff.utb <input type="checkbox"/> Rep.utb	
<input type="checkbox"/> Enskild angelägenhet (e.a)	Vid partiell ledighet _____ %	Fr o m - T o m	Antal arbetsdagar	OBS! Bifoga nytt schema vid partiell ledighet
<input type="checkbox"/> Med lön <input type="checkbox"/> Utan lön				
Vid e a ange orsak				

Sökandes underskrift

<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%; margin-bottom: 5px;"></div> Datum och namnteckning
--

Beslut ifylles av arbetsgivaren

<input type="checkbox"/> Beviljas enligt ovan	<input type="checkbox"/> Beviljas enligt _____	<input type="checkbox"/> Avslås
Datum och namnteckning		