

Fraværserklæring

Fødselsdato:			
Navn:			
Tjenestested:	STBYG ADM <input type="checkbox"/>	STBYG 2 <input type="checkbox"/>	STBYG 3 <input type="checkbox"/>
	STBYG 4 <input type="checkbox"/>	STBYG 5 <input type="checkbox"/>	STBYG 6 <input type="checkbox"/>

Dato for første fraværsdag:
Dato for sidste fraværsdag:
Antal dage i alt:

Sæt kryds	Fraværsårsag
<input type="checkbox"/>	Adoption
<input type="checkbox"/>	Arbejdsskade
<input type="checkbox"/>	Barns første sygedag
<input type="checkbox"/>	Barns anden sygedag
<input type="checkbox"/>	Barselsorlov
<input type="checkbox"/>	Delvis syg nedsat tid
<input type="checkbox"/>	Delvis syg opgavefritagelse
<input type="checkbox"/>	Ferie
<input type="checkbox"/>	Graviditetsbetinget sygdom
<input type="checkbox"/>	Omsorgsdage (barn født efter oktober 2005)
<input type="checkbox"/>	Seniordage
<input type="checkbox"/>	Sygdom
<input type="checkbox"/>	Sygefravær med straks refusion
<input type="checkbox"/>	Særlige feriedage
<input type="checkbox"/>	Tjenestefri med løn
<input type="checkbox"/>	Tjenestefri uden løn

Bemærkning:

Medarbejderens underskrift:

Lederens underskrift

Dato

Underskrift

Dato

Underskrift