



Förvaltning		Personnummer
Arbetsplats		Namn
Befattning		Adress
Tel arb	Tel bost	Postadress

**FACKLIGT UPPDRAG**

Facklig organisation	Ledighet önskas pga uppdrag som	Tidsperiod fr o m – t o m –
<input type="checkbox"/> Med lön <input type="checkbox"/> Utan lön	Ledighetens omfattning: <input type="checkbox"/> Hel ledighet <input type="checkbox"/> Vid ledighet del av dag.....timmar	
<input type="checkbox"/> Ledigheten avser facklig utbildning, kursprogram bifogas	<input type="checkbox"/> Ledigheten avser annan facklig verksamhet, nämligen:	

**FÖRÄLDRALEDIGHET**

<input type="checkbox"/> Med föräldrapenning	<input type="checkbox"/> hel ledighet <input type="checkbox"/> 3/4 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/8 <input type="checkbox"/> omfattning .....%	Tidsperiod fr o m – t o m –
<input type="checkbox"/> Vård av barn utan ersättning från försäkringskassan	<input type="checkbox"/> hel ledighet <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> Mindre än 1/4 = omf .....%	Tidsperiod fr o m – t o m –
Beräknad nedkomst alt. barnets födelsedag År            Mån            Dag            *)		*) Ifylles alltid

**ANNAN LEDIGHET**

Ledighetsorsak	Tidsperiod fr o m – t o m –
<input type="checkbox"/> Med lön <input type="checkbox"/> Utan lön	Ledighetens omfattning: <input type="checkbox"/> Hel ledighet <input type="checkbox"/> .....tim/vecka <input type="checkbox"/> Vid ledighet del av dag.....timmar

**ÖVRIGT**


Datum	Sökandes underskrift
-------	----------------------

**BESLUT**

Ledighet	<input type="checkbox"/> Beviljas <input type="checkbox"/> Beviljas ej	Datum	Underskrift
Löneförmån	<input type="checkbox"/> Med lön <input type="checkbox"/> Utan lön	Datum	Underskrift
Särskilda villkor			