

FÖRSÄKRAN OM SJUKDOM

– Anställds försäkran till arbetsgivaren om
sjukdom, dag 1-14

Datum för sjukanmälan
2018-10-22

Anställd

Namn Jeremias Hillerberg	Person-/Anställningsnummer 930307-0537/1954727
-----------------------------	---

Försäkran

På grund av **egen** sjukdom har jag inte kunnat arbeta (dag 1 = första sjukdagen, dag 2 = andra sjukdagen osv).
OBS! Även mellanliggande lördagar, söndagar och helgdagar ska noteras.

Dag	Datum	Sjuk hel dag	Sjuk del av dag (antal timmar)	Normal arbetstid (antal timmar)
1	2018-10-22	<input checked="" type="checkbox"/>		8
2		<input type="checkbox"/>		
3		<input type="checkbox"/>		
4		<input type="checkbox"/>		
5		<input type="checkbox"/>		
6		<input type="checkbox"/>		
7		<input type="checkbox"/>		
8	OBS! Läkarintyg fordras fr o m dag 8.			

Sjukskrivningen fortsätter efter dag 7	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej
Läkarintyg (bifogas) finns t o m	Datum	
Friskänmäld	Datum	

Underskrift

Jag försäkrar att ovanstående uppgifter är riktiga

Ort och datum Köpenhamn, 2018-10-22	
Namnteckning	Namnförtydligande JEREMIAS HILLERBERG