

Namn		Adress		Personnummer	
Förvaltning		Arbetsplats eller enhet (Anges alltid)		Befattning	
				Tel arbete	
				Tel bostad	

FÖRÄLDRALEDIGHET	Hel ledighet		¾-dels ledighet		Halv ledighet		¼-dels ledighet		1/8-dels ledighet	
	Fr om	To m	Fr om	To m	Fr om	To m	Fr om	To m	Fr om	To m
Graviditetspenning 1.										
Föräldrapenning 2. 4. 5. 6.										
Tillfällig föräldrapenning 3. 7.										
Vård av barn utan föräldrapenning 8. 9. 10.										
Beräknad nedkomst År Mån Dag	Barnets födelsedatum År Mån Dag		Övrigt (t ex förläggning av arbetstidsförkortning)						Antal arbetsdagar	

ANNAN LEDIGHET			
<input type="checkbox"/>	Ledighet för utbildning med stöd av lag	<input type="checkbox"/>	Ledighet enl. arbetstidslagen – veckovila
<input type="checkbox"/>	Kurser/konferenser i tjänsten	<input type="checkbox"/>	Soldatanställning
<input type="checkbox"/>	Fackliga studier (program bifogas)	<input type="checkbox"/>	Semester
<input type="checkbox"/>	Facklig verksamhet som avser den egna arbetsplatsen	<input type="checkbox"/>	Enskilda angelägenheter (AB §32)
<input type="checkbox"/>	Övrig facklig verksamhet	<input type="checkbox"/>	Annan ledighet med löneavdrag
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Övrigt
Tidsperiod fr o m – t o m		<input type="checkbox"/> med lön	<input type="checkbox"/> utan lön
Vid del av dag från kl		till kl	
			Antal arbetsdagar

 Specifikation av ledighetsorsak

	Datum		Sökandens underskrift	
YTTRANDE	Tillstyrkes <input type="checkbox"/>	Avstyrkes <input type="checkbox"/>	Datum	Underskrift
BESLUT, ledighet	Beviljas <input type="checkbox"/>	Beviljas ej <input type="checkbox"/>	Datum	Underskrift
BESLUT, löneförmån	Med lön <input type="checkbox"/>	Utan lön <input type="checkbox"/>	Datum	Underskrift
BESLUT, bibehållen tjänstepension			Datum	Underskrift