

BLANKETT FÖR ANMÄLAN OM FAMILJELEDIGHETER

Arbetsstagare _____

Arbetsgivare _____

ANMÄLAN OM LEDIGHET

	börjar	upphör
<input type="checkbox"/> MODERSKAPSLEDIGHET [ADOPTIONSLEDIGHET]	___ / ___ - ____	___ / ___ - ____
<input type="checkbox"/> FÖRÄLDRALEDIGHET	___ / ___ - ____	___ / ___ - ____
<input type="checkbox"/> FADERSKAPSLEDIGHET (18 vardagar i högst fyra perioder)		
1. delen	___ / ___ - ____	___ / ___ - ____
2. delen	___ / ___ - ____	___ / ___ - ____
3. delen	___ / ___ - ____	___ / ___ - ____
4. delen	___ / ___ - ____	___ / ___ - ____
<input type="checkbox"/> Faderskapsledighet s.k. pappamånad	___ / ___ - ____	___ / ___ - ____
<input type="checkbox"/> VÅRDLEDIGHET FÖR BARN UNDER 3 ÅR	___ / ___ - ____	___ / ___ - ____
<input type="checkbox"/> PARTIELL VÅRDLEDIGHET	___ / ___ - ____	___ / ___ - ____
<input type="checkbox"/> TILLFÄLLIG VÅRDLEDIGHET	___ / ___ - ____	___ / ___ - ____
<input type="checkbox"/> TVINGANDE FAMILJESKÄL	___ / ___ - ____	___ / ___ - ____
<input type="checkbox"/> TVÅRD AV NÄRSTÅENDE	___ / ___ - ____	___ / ___ - ____

Dessutom har vi kommit överens om _____

_____ / _____ 20 _____

Tid och ort

Arbetsstagare

Arbetsgivare