

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

Datum för sjukanmälan

Anställd

| | |
|------|----------------------------|
| Namn | Person-/Anställningsnummer |
|------|----------------------------|

Försäkrans

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 | | <input type="checkbox"/> | | |
| 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 type="checkbox"/> Nej |
| Läkarintyg (bifogas) finns t o m | Datum | |
| Friskänmäld | Datum | |

Underskrift

Jag försäkrans att ovanstående uppgifter är riktiga

| | |
|---------------|-------------------|
| Ort och datum | |
| Namnsteckning | Namnförtydligande |