



# FÖRSÄKRAN i samband med sjukdomsfall

Datum .....

Efternamn och samtliga tilltalsnamn (stryk under tilltalsnamnet)		Personnummer	
Postadress	Befattning		Institution/Avdelning/Enhet
	Telefon bostad		Telefon arbetet

Jag försäkrar att min arbetsförmåga har varit nedsatt på grund av sjukdom. Jag har därför avhållit mig från arbete	Fr.o.m.			T.o.m.			Omfattning i %	Antal heltal	deltal (min)
	år	mån	dag	år	mån	dag			
fullständigt:									
till minst hälften av min ordinarie arbetstid:									
till mindre än hälften av min ordinarie arbetstid:									
timmar:									

<b>Sjukdom</b> (frivillig uppgift)
<b>Olycksfall i arbetet</b> <input type="checkbox"/> På väg till arbetet <input type="checkbox"/> På väg från arbetet <input type="checkbox"/> Sjukdom förorsakad av arbete <input type="checkbox"/> Återfall på grund av tidigare arbetsskada

Datum	Egenhändig namnteckning
Arbetsgivarens anteckningar	