



Fraværserklæring

Sendes til lønkontoret 1. fraværsdag

Navn og adresse	Aflønning	<input type="checkbox"/>	forud	<input type="checkbox"/>	månedsvi
	Månedsløn	<input type="checkbox"/>	bagud	<input type="checkbox"/>	14. dags
	Afl.form	Personnummer			Ex.cif.
	Stilling				
Afdeling					

<input type="checkbox"/>	Fraværet er begyndt inden 8 uger efter ansættelsen	<input type="checkbox"/>	Har ikke tidligere været ansat	<input type="checkbox"/>	Har ikke været beskæftiget i 74 timer, inden for de sidste 8 uger inden fraværet
Første hele/delvise fraværsdag		Dato			
Arbejdstidsbestemte tillæg - art				Antal timer	
Fraværets forventede varighed		<input type="checkbox"/>	kortere	<input type="checkbox"/>	længere
Skyldes fraværet skade/ulykke		<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
<input type="checkbox"/>	Sygdom				SY
<input type="checkbox"/>	Sygdommen omfattet af en § 56-aftale efter sygedagpengeloven				P2
<input type="checkbox"/>	Arbejdsskade				TT
<input type="checkbox"/>	Barns 1. sygedag	<input type="checkbox"/>	hele dagen	<input type="checkbox"/>	delvist fravær
		Fraværstimer			
<input type="checkbox"/>	Omsorgsdage	Barnets fødselsdato	Fra dato	Til dato	Antal dage
<input type="checkbox"/>	Nedsat tjeneste på grund af sygdom			Fraværstimer pr. dag	NT
<input type="checkbox"/>	Delvis sygedag			Fraværstimer	DS
<input type="checkbox"/>	Sygeligt forløbende graviditet iht. barsellovens § 6, stk. 2. Skal dokumenteres i form af lægeerklæring			Forv. fødselsdato	GG
<input type="checkbox"/>	Andet	Art			
Dato		Sygemelding modtaget af (underskrift)			
Lægeerklæring forlangt		Dato	Lægeerklæring modtaget		Dato

TF-kode	Antal sygedage/timer	Å pris/beløb	Ikrafttrædelsesdato	Bemærkninger