

Ansökan/Anmälan om FÖRÄLDRALEDIGHET

Ifylls av den anställda

inlämnas minst **tre månader** före ledighet

PERSON- UPPGIFTER	Förvaltning	Arbetsplats	
	Efternamn	Förnamn	
	Personnummer	Gatuadress	
	Befattning <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	Postnummer/ort	
	Civilstånd (Uppgiften krävs för beräkning av semesterlönegrundande tid) <input type="checkbox"/> Gift/sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamstående	Beräknat födelsedatum	Barnets personnr

LEDIGHETSORSAKER	Fr o m - T o m	Omfattning				
		1/1	1/2	1/4	3/4	1/8
Besök på mödravårdscentral						
Graviditetspenning (50 dgr) beslut från FK						
Ledighet med föräldrapenning ersättning från FK (försäkringskassan)						
Ledighet med tillfällig föräldrapenning (läkarbesök, sjukt barn m.m) ers. från FK						
Tillfällig vård av barn (pappa 10 dgr) ers. från FK						
Hel ledighet enl. lag , utan lön och föräldrapenning har ett barn som är under 18 månader						
Förkortning av arbetstid till 3/4 av heltid enligt lag (kan vara lägre än 25%) Obs *						

Obs*) Har ett barn under åtta års ålder eller barn som inte slutat första skolåret. Utan lön och ingen ersättning från FK

Varseltid om ledigheten avbryts: 1. om ledigheten inte skulle ha pågått mer än en månad, har arbetstagaren rätt att återgå till arbetet utan varsel.
2. Om ledigheten skulle ha pågått mer än en månad, har arbetstagaren rätt att återgå till arbetet med **en månads** varsel.

Datum	Underskrift
-------	-------------

Ifylls av arbetsgivaren

BESLUT	<input type="checkbox"/> Ledighet beviljas	<input type="checkbox"/> Ledighet beviljas ej	Datum, namn