

Bostadsrättsförening: _____

| | |
|----------|---------------|
| Namn: | Personnummer: |
| Adress: | Postadress: |
| Telefon: | Mail: |

| | |
|-------------------------|------------------------------|
| Frånvaroperiod (datum): | Antal (Veckor/dagar/timmar): |
|-------------------------|------------------------------|

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Semester betald | <input type="checkbox"/> Uttag av sparade dagar |
| <input type="checkbox"/> Semester obetald | <input type="checkbox"/> Kompensationsledighet/mertid/övertid |

Beskrivning – Semester

| |
|--|
| |
|--|

Beskrivning – Sjukfrånvaro

| |
|--|
| |
|--|

Beskrivning- Övrig frånvaro

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|--------------------|--------------------|
| Ort & datum: | |
| Signatur sökande: | Godkänd av: |
| Namnförtydligande: | Namnförtydligande: |