

Ansökan om ledighet längre än 1 månad

Medarbetarens namn:

Anst.nr:

LEDIGHETER

Föräldraledighet

Barnets födelsedatum: _____

Ledighet i procent: _____%

Om partiell ledighet ange här hur många dgr/v Du arbetar _____

Tjänstledighet

Ange orsak:

Ledighet i procent: _____%

Om partiell ledighet ange här hur många dgr/v Du arbetar _____

Fr.o.m:

T.o.m:

Datum:

Medarbetarens underskrift:

Beviljas

Beviljas ej

Datum:

Underskrift av chef:

Vid beviljad ledighet skickas blanketten till hradministration.hasab@helsingborg.se då avdrag ska göras innevarande månad.

Dokumentnamn: Ansökan om ledighet längre än 1 månad	Version: 3
Dokumentägare: HR-avdelningen	Senast uppdaterat: 2022-07-15