



SÖKANDE

Släktnamn och förnamn		Födelseid
Arbetsbeteckning	Telefon (jobb)	Personbeteckning

SJUKDOM / OLYCKSFALL PÅ FRITIDEN / OLYCKSFALL I ARBETET / YRKESSJUKDOM

<input type="checkbox"/> Ansöker om sjukledighet	För tiden	Första frånvarodagen	Atervänt till arbetet, datum
Det gäller fortsatt ansökan		För tiden	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Är sjukskriven på deltid och ansöker om sjukledighet från deltidarbete på grund av annan sjukdom	
Arbetsoförmågan orsakad av			
<input type="checkbox"/> Sjukdom	<input type="checkbox"/> Olycksfall på fritiden	<input type="checkbox"/> Trafikolycka	<input type="checkbox"/> Halkolycka
Vilken			<input type="checkbox"/> Misshandel
<input type="checkbox"/> Annan orsak			Insjuknat, datum
Intyg över frånvaron			Arbetsoförmögenhetstid i intyget
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Läkarintyg 1)	<input type="checkbox"/> Intyg av företagshälsovårdare, hälsovårdare eller sjukskötare	
Det gäller			
<input type="checkbox"/> Olycksfall i arbetet	Inträffat, datum	Olycksfallsanmälan gjord	Yrkes-sjukdom
		Av läkare konstaterad första dag	Arbetsoförmögenhetstid i läkarintyget
<input type="checkbox"/> Ansöker om att sjukledighet/ledighet på grund av olycksfall i arbetet avbryts med anledning av ersättande arbete.		För tiden	

SJUKLEDIGHET PÅ DELTID

<input type="checkbox"/> Ansöker om sjukledighet på deltid	För tiden	Veckoarbetstid i deltidarbete	Antal arbetsdagar i veckan i genomsnitt
<input type="checkbox"/> Ansöker om att sjukledighet på deltid avbryts	Från	Eventuell sjukledighet på heltid som beviljats mig avbryts för tiden i fråga.	

TILLÄGGSUPPGIFTER, FÖRBINDELSER OCH UNDERSKRIFT

Tilläggsuppgifter		
Jag förbinder mig till att FPA betalar partiell sjukdagpenning till arbetsgivaren för den tid som arbetsgivaren för deltidarbete betalar hela lönen för heltidsarbete. Jag förbinder mig att återbetala lönen för sjuktiden, om jag är berättigad att få pension, olycksfallsersättning eller annan ersättning som jag inte själv bekostar.	Datum	Sökandens underskrift

CHEF

<input type="checkbox"/> Förordar	<input type="checkbox"/> Förordar inte
Motivering	
Datum	Chefens underskrift

BESLUT

<input type="checkbox"/> Beviljar sjukledighet	För tiden	Lön	
<input type="checkbox"/> Beviljar sjukledighet	För tiden	Lön	
<input type="checkbox"/> Beviljar sjukledighet på deltid	För tiden	Veckoarbetstid i deltidarbete	Antal arbetsdagar i veckan i genomsnitt
<input type="checkbox"/> Beviljar sjukledighet för person som är sjukskriven på deltid			
För tiden			
<input type="checkbox"/> Avbryter sjukledighet på deltid			
Från			
<input type="checkbox"/> Avbryter sjukledigheten/ledigheten på grund av olycksfall i arbetet med anledning av ersättande arbete		Från	
<input type="checkbox"/> Avslår ansökan			
För tiden			
Motivering			
Beredare	Beslutande (beteckning)	Datum	Nummer
Den beslutandes underskrift			

1) Läkarintyget ska lämnas till arbetsgivaren inom en vecka räknat från den dag det är undertecknat. För första dagen betalas annars ingen lön, om inte ett godtagbart skäl finns till dröjsmålet.