

ARBETSGIVAREN FYLLER I, SÄNDS INTE TILL LÖNEKONTORET

Arbetsgivare	Arbetsskiften för perioden __.__.20__ - __.__.20__
Assistent	Arbets tid enligt arbetsavtalet _____ timmar/vecka eller månad

Veckodag	Datum (dd.mm.åååå)	Arbetsskiftet börjar (xx:xx)	Arbetsskiftet slutar (xx:xx)	Arbetstiden (timmar)	Anmärkingar (t.ex. arbetstagaren sjuk e.d.)
Timmar totalt					

Arbetsgivarens underskrift	Personliga assistentens underskrift
----------------------------	-------------------------------------

Arbets skiftsförteckningen görs i förväg och delges assistenten senast en vecka innan arbets skiftsperioden börjar.