Helsingfors

DEN PERSONLIGA ASSISTENTENS TIMANMÄLAN
Social- och hälsovårdsektorn

Arbetsgivarens namn
Assistentens namn
Assistentens personnummer
Nummer på assistentbeslutet

Datum	**Veckodag**	**När arbetsdagen börjat och slutat (klockslag)**	**Anmärkningar**	**Timmar**
TOTALT	**Arbetsdagar**		**Timmar**	

Datum	Assistentens underskrift och namnförtydligande	Arbetsgivarens underskrift och namnförtydligande

Sändningsadress: Ekonomiförvaltningstjänsten/Löner, lönesekreterarens namn, PB 231, 00099 Helsingfors stad

Töm