Verslunarmannafélag Skagafjarðar

Vottorð atvinnurekanda um greiðslur í veikindum

ALDAN STÉTTARFÉLAG

Það vottast hér að:

nafn: _____

kennitala: _____

starfsheiti: _____

sem hóf störf hjá: _____ í _____ _____

nafn fyrirtækis mánuður ár

hefur fullnýtt veikindarétt sinn já _____ nei_____

hefur fullnýtt veikindarétt sinn vegna veikinda barna __ já _____ nei_____

Viðkomandi hefur fengið greiðslur vegna veikinda á síðustu 12 mánuðum sem hér segir:

Mánuður:	**Fjöldi daga:**
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Veikindadagar alls á fullum launum: _____

Veikindadagar alls á dagvinnulaunum: _____

Síðasti veikindadagur á launum: _____

Ef um launauppgjör eða veikindi maka er að ræða :
dagsetning síðasta dags á launum: _____

Persónuafsláttur starfsmanns var nýttur til og með : _____

_____

Undirskrift atvinnurekanda / launafulltrúa

_____

Dagsetning

Nánari upplýsingar gefur (nafn og símanúmer eða netfang) :