

Ledighetsansökan för anställd

Namn: <input type="text"/>	Personnummer: <input type="text"/>
Telefonnummer: <input type="text"/>	Din kundansvarig: <input type="text"/>
Mobiltelefon: <input type="text"/>	Berörd arbetsplats: <input type="text"/>
Adress: <input type="text"/>	Ledigheten avser: Från: <input type="text"/> KI: <input type="text"/>
E-postadress <input type="text"/>	Till: <input type="text"/> KI: <input type="text"/>

Typ av ledighet:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Betald semester | <input type="checkbox"/> Nära anhörigs frånfälle |
| <input type="checkbox"/> Obetald semester | <input type="checkbox"/> Planerad sjukledighet |
| <input type="checkbox"/> Övrig ledighet | <input type="checkbox"/> Övrigt (ange vad ledigheten avser) |

Beslut

<input type="checkbox"/> Bifalles <input type="checkbox"/> Avslås	Motiv vid avslag: <input type="text"/>
Datum för beslut: <input type="text"/>	

Underskrift

Arbetstagarens underskrift <input type="text"/>	Kundansvarigs underskrift <input type="text"/>
--	---