

FRÅNVARORAPPORT

Medlemsnummer	Förening	Månad	År
Förnamn	Efternamn	Anställningsnummer	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Vid anställds frånvaro ska denna blankett fyllas i med kod enligt nedan på gällande dag och vara SBC tillhanda senast den 5:e i nästkommande månad. Blanketten postas till SBC, Box 226, 851 04 Sundsvall

Koder:

1 = Tjänstledig

2 = Semesterdag

3 = Sjukdag

4 = Vård av barn

Attest	Datum
---------------	--------------