



Intyg av arbetstider/schematider (gäller vid sammanslagning av avdelningar)

| | |
|----------------------------------|---|
| Namn | Vårdnadshavarens personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX) |
| Adress | Postnummer, ort |
| Namn på yngsta barnet (förskola) | Barnets/elevens personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX) |
| Namn på yngsta barnet (fritids) | Barnets/elevens personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX) |

Anställning

| | |
|----------------------------|----------------|
| Arbetsgivare /arbetsplats: | Telefonnummer: |
|----------------------------|----------------|

Tillsvidareanställning

omfattning i %

Timanställning, från och med datum

till och med datum

Visstidsanställning, från och med datum

till och med datum

omfattning

Jobbar dagtid

Jobbar natt

Jobbar skift

Studier

| | |
|---------------|----------------|
| Skolans namn: | Telefonnummer: |
|---------------|----------------|

Period från och med datum

till och med datum

Studietakt:



Kultur & Utbildning

Arbetstider/ tider för studier

Datum (ÅÅ-MM-DD)

Arbetstid från

Arbetstid till

Intyg av (försäkran från arbetsplats eller skola)

| | |
|-------------|-------------------|
| Underskrift | Namnförtydligande |
| Befattning | Arbetsgivare |
| Adress | Telefonnummer |
| E-post | Datum |