

Sökande

Efternamn	Förnamn	Personnummer	Arbetsplats
-----------	---------	--------------	-------------

Facklig ledighet

Datum fr o m

Datum t o m

Antal dagar

FML § 6 (utan lön)	FML § 7 (med lön)	(kopia på kallelse/program bifogas)			
-----------------------	----------------------	-------------------------------------	--	--	--

Underskrift sökande

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

Ledighet beslutas av arbetsledare

- Tillstyrkes
 Avstyrkes

Underskrift arbetsledare

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

Beslut**Ledighet och löneförmån beslutas av personalchef****Ledighet**

- Beviljas
 Avsåls

Löneförmån

- Utan lön
 Med lön

Underskrift personalchef

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------