



Vinnuveitendavottorð

Það staðfestist hér með að:

Nafn: _____

Kt: _____

Starfaði hjá: _____ (nafn fyrirtækis)

Frá _____ í _____ % starfi. (starfshlutfall)

Eða samanlagðar dagvinnustundir s.l.12 mánuði _____

Starfsmaður hefur fullnýtt veikindarétt sinn og varð launalaus frá og með: _____

Fjöldi tekinna veikindadaga hjá launagreiðand s.l.12 mánuði: _____

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

Mánuður:

Fjöldi daga:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Kom/kemur aftur til starfa eftir veikindi: _____

Félags- og sjúkrasjóðsgjöld voru greidd til:

Nafn stéttarfélags: _____

F.h. (nafn yfirmanns fyrirtækis og stimpill)

Dags. _____