



# Raskmelding

Sendes til lønkontoret 1. arbejdsdag efter fraværsperioden

Navn og adresse	Aflønning	<input type="checkbox"/>	forud	<input type="checkbox"/>	månedsvi
	Månedsløn	<input type="checkbox"/>	bagud	Timeløn	14. dags
	Afl.form	Personnummer			Ex.cif.
	Stilling				
Afdeling					

<input type="checkbox"/> Fraværet er begyndt inden 8 uger efter ansættelsen		<input type="checkbox"/> Har ikke tidligere været ansat		<input type="checkbox"/> Har ikke været beskæftiget i 74 timer, inden for de sidste 8 uger inden fraværet	
Første hele/delvise fraværsdag	Dato	Sidste fraværsdag	Dato	Fraværets varighed	
Arbejdstidsbestemte tillæg - art				Antal timer	
Fraværets forventede varighed		<input type="checkbox"/> kortere	<input type="checkbox"/> længere		
Skyldes fraværet skade/ulykke		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
<input type="checkbox"/> Sygdom					<b>SY</b>
<input type="checkbox"/> Sygdommen omfattet af en § 56-aftale efter sygedagpengeloven					<b>P2</b>
<input type="checkbox"/> Arbejdsskade					<b>TT</b>
<input type="checkbox"/> Barns 1. sygedag	<input type="checkbox"/> hele dagen	<input type="checkbox"/> delvist fravær	Fraværstimer		<b>HJ</b>
<input type="checkbox"/> Omsorgsdage	Barnets fødselsdato	Fra dato	Til dato	Antal dage	<b>OS</b>
<input type="checkbox"/> Nedsat tjeneste på grund af sygdom				Fraværstimer pr. dag	<b>NT</b>
<input type="checkbox"/> Delvis sygedag				Fraværstimer	<b>DS</b>
<input type="checkbox"/> Sygeligt forløbende graviditet iht. barsellovens § 6, stk. 2. Skal dokumenteres i form af lægeerklæring				Forv. fødselsdato	<b>GG</b>
<input type="checkbox"/> Andet	Art				
Dato	Sygemelding modtaget af (underskrift)				
Lægeerklæring forlangt	Dato	Lægeerklæring modtaget	Dato		

Denne erklæring afgives som dokumentation for uarbejdsdygtighed på grund af sygdom som ovenfor angivet. Jeg er bekendt med, at erklæringens afgivelse ikke medfører indskrænkning i pligten til på forlangende at fremskaffe lægeattest. Jeg er endvidere bekendt med, at afgivelse af urigtig erklæring kan medføre strafansvar.

Dato	Underskrift lønmodtager
------	-------------------------

TF-kode	Antal sygedage/timer	Å pris/beløb	Ikrafttrædelsesdato	Bemærkninger