

# FÖRSÄKRAN i samband med sjukdomsfall

Var god texta!

Efternamn och samtliga förnamn (stryk under tilltalsnamn)		Personnr (år, mån, dag, nr)	
Postadress	Befattning	Avdelning/Enhet	
	Telefon - bostad	Telefon - arbetet	
Myndighet			
Jag försäkrar att min försämringsgrad är nedsatt på grund av sjukdom som har avhållit mig från att arbeta fullständigt .....		Från år	Till år
till min ordinarie arbetstid .....			
till min ordinarie arbetstid .....			
timmar .....			
Sjukdom (frivillig uppgift)			
Olycksfall i arbetet		Sjukdom förorsakad av arbete	
<input type="checkbox"/> På väg till arbetet	<input type="checkbox"/> På väg från arbetet	<input type="checkbox"/> Återfall på grund av tidigare arbetskada	
Datum	Egent ärende	Anteckning	
Arbetsgivarens anteckningar			