

# TJÄNSTGÖRINGSRAPPORT

Namn				Period		Anstnr		Personnr							
Tjänstgöringstid				Frånvarotid		Lönetillägg mm									
Dag	Tidsangivelse		Timitid Fylltid mm	Sjukd Sem mm	Komp ledig-het	Övertid		Ob-tid				Beredskap		Anm	Arb ledar sign
	Fr o m	T o m				enkel	kval	vard.kväl l	vard.natt	veckoslut	storhelg	enkel	kval		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															
SUMMA															
Sjukanmån.dag till Försäkringskassan		Friskån.mån.dag till Försäkringskassan		Anteckningar						Antal fullgjorda övertidstim som önskas kompenseras i ledighet enkel.....kval.....fyllntid.....					
UNDERSKRIFTER															
Uppgiftslämnare						Ansvarig arbetsledare						Huvudattest			