Kommunernas socialtjänst k.f.

NAMN____________________ PERSONSIGN.____________________ MÅN__________ ÅR__________

BEFATTNING____________________ UTBILDNING____________________ KLIENTENS INITIALER__________

Fylls i av arbetstagaren

		NATT							DAG												KVÄLL			NATT			
VECKO-DAG	DATUM	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21	21-22	22-23	23-24	TOT TIM
	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																									
																									Totalt:	

* = Smörgåsmål ** = Restmål ***= Matavdrag

Datum & arbetstagarens underskrift:

____

Fylls i av förmannen

UPPG.REL.LÖN____________________ ENHET:____________________

	131	150	151	148	147	146	140	141	143	80	81	63	64	65	**Kontering**		
ORD. ARB. TID	MER TID	50 %	100 %	HELG AFTON	SÖND TIM	LÖRD TIM	KVÄLL TIM	NATT TIM	AKTIV NATT	NATU FÖRM I	NATU FÖRM II	*	**	***	VERKSAM-HETSSTÄLLE	BOK FÖRINGS-KONTO	VIKARIE FÖR/ **RAD**

Godkänd för utbetalning
Datum och underskrift:

____

Kommentar____