

Datum

Delegationsbeslut nr

Till löneavdelningen

**Placeringsmeddelande gällande person anställd enligt konverteringsregeln
LAS § 5**

Namn	Personnummer	Förvaltning
Arbetsställe	Ansvar	Verksamhet
Antal arbetsdagar/period	Arbetstid per vecka	
Gäller fr.o.m. t.o.m.		