

# ANSTÄLLNINGSBESLUT / TJÄNSTGÖRINGSRAPPORT TIMAVLÖNAD

FAHNS-KOMMUNERNA

VÅRD / OMSORG

**FAGERSTA KOMMUN**

År:

Månad:

Efternamn:		Förnamn:		Personnummer:		
Utdelningsadress:			Postnummer:		Ortsadress:	
c/o adress:			Telefonnummer:		Mobilnummer:	
Arbetsställe:			Id:	Aktivitet:	Fri:	
Befattning:		Etikett kod:	Lönebeslut kr:		Beslutsattest lön enligt delegationsordning:	

Anställd fr o m / t o m:

*Ange alltid klockslag så kommer ersättning för obekväm arbetstid med automatik*

Arbetstid ange klockslag			Rast		kryssmarkera		sjuk	Sovande Jour Bilaga J			
Datum	Fr o m	T o m	antal min	fr o m kl	vik	ava	fr o m kl	fr o m kl	t o m kl	Vik för/ava	Sign
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											

Beslutsattest av chef. Datum o underskrift			Underskrift av anställd. Datum o namn						Utdrag ur belastn.reg.		
Namnförtydligande chef			Tjänstgöringsrapporten skall vara beslutsattesterad och skickas till lönesektionen (Norbergs kommun, Löneservice, Box 25, 738 21 Norberg)								