



ANSÖKAN OM SEMESTERLEDIGHET

Datum _____

Mottagare-Personalavdelning/Ansvarig

Avdelning	Personnummer	Den anställdes efternamn	Förnamn
Semesterledighet önskas den:	Semesterledighet önskas under tiden fr o m t o m		Antal dagar som tas ut
Betalda semesterdagar som jag önskar spara (utöver 20)		Jag tar ut	av mina sparade dagar

Den anställdes underskrift

Ansökan beviljas

Ansökan beviljas ej

Datum _____

Arbetsgivarens underskrift

(ifylles av arbetsgivaren)

Återstår: Betalda dagar Obetalda dagar Sparade dagar

Original arbetsgivaren/Kopia arbetstagaren