



LUNDS UNIVERSITET

FÖRSÄKRAN  
Tillfällig föräldrapenning

INSTITUTION (motsv.)	Hämtställe
	Kostnadsställe

Personnummer	
Efternamn	Förnamn
Adress	
Postadress	

Befattning	Min anställning är %	Varav jag arbetar %	Frånvarorsak (t ex sjukt barn, pappaledighet, kontakt dag)
------------	----------------------	---------------------	------------------------------------------------------------

Jag försäkrar att jag pga tillsyn av barn avhållit mig från arbete	Fr o m år	mån	dag	T o m år	mån	dag
Fullständigt – 100%						
Ej fullständigt – 75%						
Till hälften 50%						
Till mindre än hälften – 25%						
Till mindre än en fjärdedel - 12,5%						

Arbetar du samma antal timmar varje dag i veckan måndag till fredag? Ja  Nej

Om du svarat nej på frågan ovan fyller du i antal timmar i ditt arbetschema där vecka 1 = insjuknandeveckan

	Mån	Tis	Ons	Tors	Fre
Vecka 1					
Vecka 2					
Vecka 3					
Vecka 4					

Underskrift	Datum
-------------	-------