

STARFSVOTTORÐ

Það staðfestist hér með að _____ kt. _____
nafn starfsmanns

starfaði hjá _____ frá _____ í _____ starfi
nafn fyrirtækis dags. starfshlutfall (þegar veiktist)

_____ varð launalaus (að fullu eða hluta) frá og með _____
nafn starfsmanns fyrsti launalaus veikindadagur

Fjöldi greiddra veikindadaga hjá launagreiðanda s.l. 12 mánuði. Þar með talið vegna núverandi veikinda:

Kom/kemur aftur til starfa eftir veikindi/slys: _____
dags.

Félags- og sjúkrasjóðsgjöld voru greidd til: _____
nafn stéttarfélags

Dags. _____

f.h. (Nafn yfirmanns, fyrirtækis og stimpill)

Upphæð sjúkradagpeninga byggist á meðallaunum viðkomandi félagsmanns síðastliðna 6 mánuði áður en hann varð launalaus vegna veikinda/slyss.

Nánari upplýsingar er að finna á heimasíðu félagsins www.efling.is.