



Vid återkallande av ledighet, fyll i raden längst ner *

Efternamn och förnamn	Ange befattning	Personnummer
Institution/enhet		
Under nedanstående sökt ledighet avser jag att tjänstgöra % av heltid		

Typ av ledighet	Fr o m År månad dag	T o m År månad dag	Omfattning %
Semester			
Semester			
Föräldrapenning med sjukpenningbelopp (upp till och med 8 år) Ange barnets födelsenummer			
Föräldrapenning med garantibelopp. Barnets födelsenummer			
Tillfällig föräldrapenning (vård av sjukt barn) (kontaktdag enligt särskilt beslut från Försäkringskassan) Ange orsak och barnets födelsenummer			
Tillfällig föräldrapenning pappadagar, 10 dgr vid barns födelse Ange barnets födelsenummer			
Annan anställning, Ange arbetsgivare <input type="checkbox"/> Statlig <input type="checkbox"/> Kom./Landsting <input type="checkbox"/> Privat			
Annan ledighet. Ange orsak			
* Återkallande av			

OBS! Vid koncentrerad tjänstgöring bifoga blankett (SU 9058) tjänstgöringsschema

Underskrift

Datum	Telefon
Namnteckning	

Beslut

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum
Prefekt/motsvarande, namnteckning	Namnförtydligande

Anteckningsfält

Rapporterat, år, mån	Signatur
----------------------	----------