



Fravæersmelding.

Navn: _____ **Cpr.Nr.:** _____

Afdeling: _____

Dato for første fraværs dag: _____

Dato for sidste fraværs dag: _____

Antal dage i alt: _____

Jeg har været/Vil være fraværende på grund af:

___ Sygdom

___ Barns første sygedag

___ Barsel/Adoption

___ Sygdom under graviditet

___ Arbejdsskade – Skadedato: _____

___ Tilbagefald ved tidligere arbejdsskade – Skadedato: _____

___ §28 – Sygdommens navn: _____

___ Andet Fravær: _____

Dato.

Underskrift.