



TYÖNANTAJAN TIEDOT

Nimi	Puh.
------	------

HENKILÖKOHTAISEN AVUSTAJAN TIEDOT

Nimi	Puh.
Henkilötunnus	

POISSAOLO, TYÖSUHTEEN KESKEYTYKS TAI PÄÄTTYMINEN

Sairausloman tiedossa oleva koko ajanjakso	____.____. 20__ - _____.____ 20__
Sairausloman palkallinen osa (1+9 arkipäivää)	____.____. 20__ - _____.____ 20__
Sairausloman palkaton osa	____.____. 20__ - _____.____ 20__
Vuosiloma	____.____. 20__ - _____.____ 20__
Vapaapäivät (vuosilomalain mukainen oikeus vapaaseen vuosiloman sijasta)	____.____. 20__ - _____.____ 20__
Palkaton vapaa	____.____. 20__ - _____.____ 20__
Lomautus Lomautuksen syy:	____.____. 20__ - _____.____ 20__
Työn yllättävä estyminen (esim. työnantajan äkillinen joutuminen sairaalaan) Työn estymisen syy:	____.____. 20__ - _____.____ 20__
Äitiysvapaa, palkaton	____.____. 20__ - _____.____ 20__
Isyysvapaa, palkaton	____.____. 20__ - _____.____ 20__
Vanhempain vapaa, palkaton	____.____. 20__ - _____.____ 20__
Työsuhteen päättyminen	Viimeinen työpäivä _____.____ 20__

Lisätiedot

Päiväys ja allekirjoitukset. Paikkakunta: _____ päiväys _____.____.20__

Työnantajan allekirjoitus
Nimenselvennys:

Avustajan allekirjoitus
Nimenselvennys:

Palautusosoite: Kainuun sote, vammaispalvelut, henkilökohtainen apu, PL 400, 87070 KAINUU