

Frånvaroanmälan

Arbetspraktik/arbetsprövning

Deltagarens namn	Personbeteckning
Företagets namn	Telefon

Företagets anmälan om frånvaro till AMS Under tiden _____ - _____
--

Anmälan gäller <input type="checkbox"/> Arbetspraktik <input type="checkbox"/> Arbetsprövning på arbetsplats
--

Specifikation av frånvaron

Tidpunkt	Orsak

Jag försäkrar att uppgifterna i denna anmälan är riktiga.	
Ort och datum	Underskrift

Företaget lämnar in denna anmälan till den tjänsteman vid AMS som sköter ärendet. Namn:

Granskningsperioden är två veckor.