

Frånvaroanmälan

Arbetspraktik / Arbetsprövning

Deltagarens namn	Personbeteckning
Företagets namn	Telefon

Företagets anmälan om frånvaro till Ams

under tiden ____ / ____ 20 ____ - ____ / ____ 20 ____

Anmälan gäller:

- Arbetspraktik
- Arbetsprövning på arbetsplats

Specifikation av frånvaron

Tidpunkt	Orsak

Jag försäkrar att uppgifterna i denna anmälan är riktiga

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

--	--

Företaget lämnar in denna anmälan till den tjänsteman vid Ams som sköter ärendet _____

Granskningsperioden är två veckor.



Ålands arbetsmarknads- och studieservicemyndighet

Frånvaroanmälan kan lämnas in personligen på
Nygatan 5, faxas till 22622 eller skickas in till:
Ålands arbetsmarknads- och studieservicemyndighet
PB 2026
AX-22 111 Mariehamn