



Vottorð atvinnurekanda um greiðslur í veikindum

Það vottast hér með að:

Nafn: _____

Kt: _____

Starfsheiti: _____

Hóf störf hjá: _____ í _____
nafn fyrirtækis mán ár

Hefur fengið greiðslu vegna veikinda
síðustu 12 mánuði sem hér segir:

Mánuður:

Fjöldi daga:

Veikindadagar alls á fullum launum: _____

Veikindadagar alls á dagvinnulaunum: _____

Síðasti veikindadagur á launum: _____

Staður og dagsetning: _____

Undirskrift ábyrgðarmanns fyrirtækis: