

TIDRAPPORT VARBERGS FÖRENINGSSERVICE								
PERSONNUMMER:								
NAMN:								
ÅR :	MÅNAD:				ARBETE (%):			
FÖRENING:								
Tidsangivelse								
Dat	F.o.m	T.o.m	Timmar	sjukdom	Semester	Fp/Vab	Anmärkingar	Komptimmar
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
S:a			0	0	0	0		0
Underskrift Arbetstagare:					Underskrift Arbetsledare:			
Namnförtydligande Arbetstagare:					Namnförtydligande Arbetsledare:			

Skickas / scanna, senast 10:e månaden efter till: Varbergs Föreningservice,  
Magasinsgatan 17, 432 45 Varberg. (gro@varbergsforeningsservice.se)