



LIEDON KUNTA

TILAPÄINEN HOITOVAPAAHAKEMUS ALLE 10-VUOTIAAN LAPSEN ÄKILLISESTÄ SAIRASTAMISESTA

Viranhaltijan/työntekijän nimi: _____

Sosiaaliturvatunnus: _____

Lapsen nimi: _____

Lapsen syntymäaika: _____ / _____ .

Sairauden laatu: _____

Virkavapaus/työloma-aika _____ / _____ . - _____ / _____ . , josta palkatonta

(palkanlaskija täyttää tämän) _____ / _____ . - _____ / _____ .

_____ / _____ .

Huoltajan allekirjoitus

Hyväksyn _____ / _____ .

Esimiehen allekirjoitus

Päätösnumero:

Lomake palautetaan allekirjoituksineen mahdollisimman nopeasti palkanlaskijalle, kiitos.

Tätä todistusta käytetään silloin, kun anotaan tilapäistä hoitovapaata äkillisesti sairastuneen, alle 10-vuotiaan lapsen tai äkillisesti sairastuneen vammaisen lapsen hoidon järjestämiseksi, kun muuta hoitoa ei ole saatu järjestettyä.

Tilapäistä hoitovapaata myönnetään enintään neljä työpäivää kerrallaan, joista kolme peräkkäistä kalenteripäivää ovat palkallisia.