

HENKILÖKOHTAISEN AVUSTAJAN TYÖSUHTEEN KESKETYSLOMAKE

TYÖNANTAJAN TIEDOT

Nimi	Puh.
------	------

HENKILÖKOHTAISEN AVUSTAJAN TIEDOT

Nimi	Puh.
Henkilötunnus	

POISSAOLO, TYÖSUHTEEN KESKEYTYS TAI PÄÄTTYMINEN

Sairausloman tiedossa oleva koko ajanjakso	_____ .20 _____ - _____ .20 _____
Sairausloman palkallinen osa (1+9 arkipäivää)	_____ .20 _____ - _____ .20 _____
Sairausloman palkaton osa	_____ .20 _____ - _____ .20 _____
Vuosiloma	_____ .20 _____ - _____ .20 _____
Vapaapäivät (vuosilomalain mukainen oikeus vapaaseen vuosiloman sijasta)	_____ .20 _____ - _____ .20 _____
Palkaton vapaa	_____ .20 _____ - _____ .20 _____
Lomautus Lomautuksen syy:	_____ .20 _____ - _____ .20 _____
Työn yllättävä estyminen (esim. työnantajan äkillinen joutuminen sairaalaan)	_____ .20 _____ - _____ .20 _____
Työn estymisen syy:	_____
Äitiysvapaa, palkaton	_____ .20 _____ - _____ .20 _____
Isyysvapaa, palkaton	_____ .20 _____ - _____ .20 _____
Vanhempain vapaa, palkaton	_____ .20 _____ - _____ .20 _____
Työsuhteen päätyminen	

Lisätiedot

Päiväys ja allekirjoitukset	
Paikkakunta:	pvm _____ .20 _____
Työnantajan allekirjoitus	Avustajan allekirjoitus
Nimenselvennys	Nimenselvennys
Palauta lomake: Kainuun hyvinvointialue, vammaispalvelut, henkilökohtainen apu, PL 400, 87070 KAINUU	