



**Period 5, Vecka 32-33 (5/8-18/8)**

Arbetsplats: \_\_\_\_\_

Deltagare: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Arbetshandledare: \_\_\_\_\_

Arbetstider: \_\_\_\_\_ Tim/dag: \_\_\_\_\_

Lunchtider: \_\_\_\_\_

<b>Ifylles av AMI</b>
Ansvar: _____
Verksamhet: _____
Aktivitet: _____

**Period 5, Vecka 32-33 (5/8-18/8)**

Datum	Tidangivelse		Timtid	Frånvarotid		Övrigt
	From	Tom		Sjukdag	Timmar	
05-aug						
06-aug						
07-aug						
08-aug						
09-aug						
10-aug						
11-aug						
<b>Summa:</b>						
12-aug						
13-aug						
14-aug						
15-aug						
16-aug						
17-aug						
18-aug						
<b>Summa:</b>						

Datum: \_\_\_\_\_

Den anställdes underskrift

Ansvarig arbetsledares underskrift

Granskning av personalredogörare:

I syfte att kunna hantera ditt svar kommer Social- och arbetsmarknadsnämnden att behandla dina personuppgifter enligt Dataskyddsförordningen. För mer information om hur vi behandlar dina personuppgifter besök [hallsberg.se/dataskyddsförordningen](http://hallsberg.se/dataskyddsförordningen) eller kontakta oss på telefon 0582-68 50 00.