



Arbetsplats: _____

Deltagare: _____

Personnummer: _____

Arbetshandledare: _____

Arbetstider: _____ Tim/dag: _____

Lunchtider: _____

| |
|-----------------------|
| Ifylles av AMI |
| Ansvar: _____ |
| Verksamhet: _____ |
| Aktivitet: _____ |
| _____ |

Ange datum för utbildningstid: _____

| Datum | Tidangivelse | | Timtid | Frånvarotid | | Övrigt |
|---------------|--------------|-----|--------|-------------|--------|--------|
| | From | Tom | | Sjukdag | Timmar | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Summa: | | | | | | |

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 eller kontakta oss på telefon 0582-68 50 00.