



ANSTÄLLNINGSAVTAL Barn- och utbildningsförvaltningen

För timavlönad personal

		Förv	DB	År	Mån
PERSONUPPGIFTER OCH ARBETSPLATS gråmarkerat fylls i av chef eller assistent					
Efternamn och förnamn			Personnummer		
Utdelningsadress		Postnummer	Postadress		
Förvaltning och arbetsplats		Anställd som 1)	AID-kod	Anställd som 2)	AID-kod
Avtal AB <input type="checkbox"/> BEA <input type="checkbox"/> PAN <input type="checkbox"/> Förmånsgrupp 2 Arbetstid per dag se timrapport på baksidan. Semesterersättning (hänvisning till avtal) Utbetalningsfrekvens (hänvisning till AB)		Timlön: (obligatorisk uppgift) OBS, markera vid ny lön!			
		Ansvar	Verksamhet	Akt	Pro
					Obj
Datum och den anställdes underskrift.			Datum och arbetsgivarens underskrift (anställningsbeslut).		

ANSTÄLLNING

Vikariat under ordinarie innehavares frånvaro/ledighet Tidsbegränsad anställning (Även underlag för LAS-dagar)			ORDINARIE INNEHAVARES NAMN	Enhet	Anst 1 alt 2
	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			
Anställd enligt skollagen 18§	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			
Allmän visstidsanställning AVA (även underlag för LAS-dagar)	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			
	Fr o m	T o m			

TIMRAPPORT för timavlönad personal

											Namn	Personnummer
Dag	Tidpunkt		Antal timmar	OB-tillägg			Övertid		Resor km	Vg ange exempelvis vem du vikarierar för och enhet, eller annan kommentar		
	fr o m	t o m		kväll	natt	vecko- slut	stor- helg	enkel			qual	
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												
Summa												

Nedanstående fyller assistent eller chef i!

										Ansvar	Verks	Akt	Arbdagar
Arbetad tid VIK													
Arbetad tid VIK													
Arbetad tid VIK													
Arbetad tid Skollagen													
Arbetad tid Skollagen													
Arbetad tid AVA													
Löneart	0237	4201	4204	4203	4205	4501	4502	8356	OBS! Vid sjukdom markera sjukperiod och ange hur många timmar den anställda skulle ha arbetat.				
Summa sjuktimmars													
Lönearter sjuk-OB		4290	4291	4292	4293								

Underskrift

Attest

Arbetstagare och datum	Ansvarig chef och datum	Sign assistent
------------------------	-------------------------	----------------