



## RAFIÐNÁÐARSAMBAND ÍSLANDS

### Vottorð atvinnurekanda um greiðslur í veikindum

Það vottast hér með að:

Nafn: \_\_\_\_\_

Kt: \_\_\_\_\_

Starfsheiti: \_\_\_\_\_

Hóf störf hjá: \_\_\_\_\_ í \_\_\_\_\_  
nafn fyrirtækis mán ár

Hefur fengið greiðslu vegna veikinda  
síðustu 12 mánuði sem hér segir:

Mánuður:

Fjöldi daga:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Veikindadagar alls á fullum launum: \_\_\_\_\_

Veikindadagar alls á dagvinnulaunum: \_\_\_\_\_

Síðasti veikindadagur á launum: \_\_\_\_\_

Staður og dagsetning: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Undirskrift ábyrgðarmanns fyrirtækis: