



Verkalýðsfélag Vestfirðinga

Kt. 650102-3470 – Pólgötu 2, 400 Ísafirði
Sími 456 3190 – Bréfsími 456 3113

Sjúkrasjóður

Starfsvottorð

Það staðfestist hér með að:

_____ kt. _____
Nafn starfsmanns

starfaði hjá _____ frá _____ í _____ starfshlutfall
Nafn fyrirtækis *dags.* *starfshlutfall*

eða samanlagðar dagvinnustundir sl. 12 mánuði: _____

_____ varð launalaus frá og með _____
Nafn starfsmanns *dags.*

Fjöldi tekinna veikindadaga hjá launagreiðanda s.l. 12 mánuði: _____

Kom/kemur aftur til starfa eftir veikindi: _____
dags.

Félags- og sjúkrasjóðsgjöld voru greidd til: _____
Nafn stéttarfélags

Dags. _____

f.h. (Nafn yfirmanns, fyrirtækis og stimpill)

Hlutfall dagpeninga byggist á meðallaunum viðkomandi félagsmanns næstliðna 6 mánuði áður en hann varð launalaus vegna veikinda.