



Sjúkrasjóður Kennarasambands Íslands
Laufásvegi 81
101 Reykjavík – IS
Sími: 595 1111

Fylgiblað með umsókn um sjúkradagpeninga

Útfyllist af skólastjóra/launagreiðanda og fylgir umsókn um sjúkradagpeninga

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| Nafn umsækjanda um sjúkradagpeninga | Kennitala |
|-------------------------------------|-----------|

Staðfesting skólastjóra/launagreiðanda

Undirritaður staðfestir hér með að síðasti dagur greiddra launa umsækjanda í veikindaleyfi var:

_____ og hafði umsækjandi þá fullnýtt veikindadaga sem voru alls: _____
Dagur/mánuður/ár Fjöldi daga

Meðalstarfshlutfall umsækjanda síðustu 12 mánuði var _____ %

Umsækjandi er:

Fastráðinn Í tímabundnu starfi sem lýkur/lauk þann: _____
Dagur/mánuður/ár

Annað:

Staður og dagsetning

Undirskrift skólastjóra/launagreiðanda

Símanúmer

Netfang

Afgreiðsla Sjúkrasjóðs