



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

## Fylgiblað með umsókn um sjúkradagpeninga vegna maka eða barns Útfyllist af skólastjóra/launagreiðanda og fylgir umsókn um sjúkradagpeninga

Nafn umsækjanda sjúkradagpeninga	Kennitala
----------------------------------	-----------

### Staðfesting skólastjóra/launagreiðanda

Undirritaður staðfestir hér með að veikindaréttur umsækjanda er: \_\_\_\_\_  
Fjöldi daga

Meðal starfshlutfall umsækjanda síðustu 12 mánuði var: \_\_\_\_\_ %

Síðasti dagur umsækjanda á launaskrá er: \_\_\_\_\_  
Dags.

Umsækjandi er:

Fastráðinn

Í tímabundnu starfi sem lýkur/lauk þann:

\_\_\_\_\_   
Dagur/mánuður/ár

Annað:

---

---

---

Staður og dagsetning

Undirskrift skólastjóra/launagreiðanda

Símanúmer

Netfang

Afgreiðsla Sjúkrasjóðs