



## Försäkran vid frånvaro på grund av sjukdom eller vård av barn

### Personuppgifter

Namn	Personnummer	
Institution	Telefon - arbetet	Mobiltelefon

### Anledning till frånvaro från studier

	<b>F r o m</b> År månad dag	<b>T o m</b> År månad dag	<b>Omfattning</b> %
Oförmåga att bedriva studier pga. sjukdom OBS! Läkarintyg fordras från 8:e sjukdagen			
Tillfällig föräldrapenning (vård av barn). Ange barnets födelsenummer nedan			

### Underskrift

Underskrift	Datum
-------------	-------

Den ifyllda blanketten ska lämnas till institutionen inom en vecka efter det att studierna återupptagits