SØKNAD OM VELFERDSPERMISJON
(jfr. Eigersund kommunes permisjonsreglement punkt 6 og 7)

NAVN: _____ **ADR:** _____

FØDT: _____ **ARB.STED:** _____

STILLING: _____ **STILL.STR. FAST:** _____ **MIDL:** _____

ÅRSAK TIL PERMISJONSSØKNADEN (kryss av):

____ **6.1 Alvorlig sykdom i nærmeste familie** ***(inntil 5 dager med lønn)***

____ **6.2 Dødsfall i nærmeste familie** ***(inntil 3 dager med lønn + evt. reisedager og lignende - maks. 1 uke)***

____ **6.3 For eget bryllup/partnerskap, egne barns dåp og konfirmasjon** ***(1 dag m. lønn)***

____ **6.4 Tilvenning av barn i barnehage/ oa. barnepass** ***(nødvendig ant. timer inntil 3 dg. med lønn)***

____ **6.5 Første gangs tilvenning i SFO og skole/innskriving** ***(første skoledag/medgått tid)***

____ **6.6 Feiring av religiøse og nasjonale høytidsdager** ***(religiøse: 2 dg. med lønn / nasjonale: uten lønn)***

____ **6.7 Deltakelse i idrettsarrangement** ***(inntil 5 dager ved OL, VM, EM eller landskamper)***

____ **6.8 Lege, tannlege, fysioterapeut, kiropraktor, mammografi oa.** ***(se permisjonsreglement)***

____ **6.10 Andre velferdspermisjoner med lønn** ***(se permisjonsreglementet)***

____ **6.12 Følge familiemedlemmer til lege/spesialist** ***(permisjon uten lønn)***

____ **6.13 Kjøreundervisning** ***(eksamen gis med lønn ved behovsvurdering fra arbeidsgiver)***

____ **7.4 Andre permisjoner med lønn** ***(se permisjonsreglementet)***

____ **7.5 Andre velferdspermisjoner uten lønn** ***(se permisjonsreglementet)***

____ **8.5 Tvungen militærtjeneste** ***(se permisjonsreglementet)***

Utfyllende opplysninger iht. perm.reglementets kriterier for innvilgelse: _____

_____

_____

Permisjonen gjelder fom. _____ **tom.** _____ **Vaktene i permisjonstiden er:** _____

_____ _____

Sted/dato: _____ **Søkers underskrift:** _____

Underskrift nærmeste overordnet: _____ **Dato:** _____

Avgjørelsesmyndighet: Pkt. 6.1-6.13: Enhetsleder ***Pkt. 7.4 og 7.5: Se permisjonsreglementet.***

Avgjørelse:_____

_____

_____

Avgjørelsesmyndighet: _____ **Underskrift:** _____

Sted/dato: _____

KOPI *(stryk de som er uaktuelle)*: Lønnskontor, personalkontor, enhetsleder, kommunalsjef, andre: