APTEEKKIEN TYÖNANTAJALIITTO

OSITTAISEN HOITOVAPAAN PITÄMINEN

Tyhjennä lomake

TYÖNANTAJA	Nimi	
TYÖNTEKIJÄÄ KOSKEVAT TIEDOT	Nimi	Syntymäaika
AVIO- TAI AVOPUOLISOA KOSKEVAT TIEDOT	Nimi	Syntymäaika
	Työnantaja	
TIEDOT LAPSESTA	Lapsen syntymäaika	
	Peruskoulun aloittamisvuosi	
OSITTAINEN HOITOVAPAA 1. TYÖNTEKIJÄN ESITYS	Pyyntö osittaiselle hoitovapaalle jäämisestä on esitettävä työnantajalle kaksi kuukautta ennen aiottua vapaata. Esitys osittaisen hoitovapaan ajankohdasta ja työajasta:	
	Esitys annettu _____ Työntekijän allekirjoitus _____	
2. SOPIMUS OSITTAISEN HOITOVAPAAN KÄYTÖSTÄ	Alkamispäivä	Päättymispäivä
	Lyhennetty työaika	tuntia/3 viikossa
	Lisätietoja (työtehtävien muutokset ym.)	
PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS	Paikka	Aika
	Työntekijän allekirjoitus	Työnantajan allekirjoitus
	Nimen selvennys	Nimen selvennys