SOLVIKENS FÖRSKOLA
www.solvikenforskola.se

Sysselsättningsintyg

Uppgifter om vårdnadshavare

Namn	Personnummer

Sysselsättning

☐ Anställd Sysselsättningsgrad: _____(ange i %)
☐ Studerande (bifoga studieintyg)
☐ Egen företagare (bifoga F-skattsedel)
☐ Föräldraledig Till och med: _____(datum)
☐ Arbetssökande

Ifylls av arbetsgivaren

Arbetsgivarens namn	Adress
Telefon	E-post

☐ Anställd tillsvidare
☐ Anställd till och med, datum: _____

Solvikens Förskola AB
Prästavägen 633
263 40 VIKEN

info@solvikensforskola.se
Tel: 0763-03 05 73
www.solvikensforskola.se

Org nr: 559271-6434
Bankgiro: 5545–5208

Arbetstid, ifylls av arbetsgivaren

Måndag	Från klockan	Till klockan
Tisdag	Från klockan	Till klockan
Onsdag	Från klockan	Till klockan
Torsdag	Från klockan	Till klockan
Fredag	Från klockan	Till klockan

Vid skiftarbete/oregelbundna tider, bifoga separat schema med arbetstider.

Arbetsgivarens underskrift

Ort	Datum
Arbetsgivares namnteckning	Arbetsgivares namnförtydligande

Underskrift vårdnadshavare

Vårdnadshavares namnteckning	Vårdnadshavares namnförtydligande

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med GDPR. Du medger att informationen du lämnar får lagras och bearbetas i register av Barn- och utbildningsförvaltningen. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.

Instruktioner för arbetsgivare

1. Fyll i formuläret med korrekt information.
2. Spara dokumentet som PDF.
3. Skicka PDF:en via e-post till cb@solvikensforskola.se med rubriken 'Sysselsättningsintyg'.