



TJÄNSTGÖRINGSRAPPORT
Sommarjobb 2020

Efternamn och tilltalsnamn (sommarjobbare)				Personnummer (ååmmdd-xxxx)	
Arbetsplats:			År 2020	Period: 27 juli - 14 aug period 3	
Kontaktperson på arbetsplats:				Telefon till kontaktperson:	
Juli/aug	Datum	Arbetade timmar	Frånvaro timmar		(Vid sjukfrånvaro krävs att sommarjobbare skriver sitt namn här nedanför för att kunna få sjuklön. Läkarintyg skickas till CFA.) Namnunderskrift av sommarjobbare vid sjukfrånvaro
			Sjuk timmar	Övrigt timmar	
	27				
	28				
	29				
	30				
	31				
Lördag	1				
Söndag	2				
	3				
	4				
	5				
augusti	6				
	7				
Lördag	8				
Söndag	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				
Lördag	15				
Söndag	16				
	17				
	18				
	19				
	20				
Antal arbetade timmar		Chefs underskrift			
Antal arbetade dagar		Namnförtydligande			Tel.nummer:

Skickas in sommarjobbarens sista arbetsdag
(9 augusti) till:
amklon@arbvox.goteborg.se

eller

Arbetsmarknad och vuxenutbildning
CFA/lön

Box 5412, 402 29 Göteborg

Fax: 031-80 29 65

Tel 031-3683124