



**Félag verslunar- og skrifstofufólks Akureyri og nágrenni, Skipagötu 14, 600 Akureyri**

**Sími 462 1635 Fax 461 1694 fvsa@fvsa.is**

## **UMSÓKN um sjúkradagpeninga**

\_\_\_\_\_  
Nafn Kennitala

\_\_\_\_\_  
Heimilisfang Sími Netfang

\_\_\_\_\_  
Banki Hb. Reikningsnúmer

**Samþykkir þú að ráðgjafi í starfsendurhæfingu hafi samband við þig á næstunni? Já  Nei**

**Umsókn fylgi læknisvottorð og launaseðlar síðustu 3ja mánaða fyrir veikindin.**

### **Atvinnurekandi umsækjanda útfylli eftirfarandi:**

Síðasti vinnudagur: \_\_\_\_\_

Samningsbundnum launagreiðslum lauk: \_\_\_\_\_

Hve margir veikindadagar greiddir s.l. 12 mánuði: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dagsetning

\_\_\_\_\_  
Dagsetning

\_\_\_\_\_  
Undirskrift atvinnurekanda  
sími \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Undirskrift umsækjanda

\_\_\_\_\_  
Afgreiðsla sjóðstjórnar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dagsetning

\_\_\_\_\_  
Staðfesting f.h. sjóðsstjórnar