



ANSÖKAN OM ARBETSVERKSAMHET ENLIGT SOCIALVÅRDSFÖRORDNINGEN

27e § Flitpeng

27d § Arbetsverksamhet
(Fixtjänst)

1. Arbetsstagaren	Släktnamn och förnamn		Personbeteckning
	Adress		Postnummer
	Telefon hem	Mobiltelefon	Yrke
	E-post		Kontaktperson inom arbetsrehabilitering
	Funktionshinder		Övrigt:
2. Arbetsplats	Arbetsplats	Arbetsplatsens telefonnummer	
	Adress	Arbetsplatsens postnummer	
3. Handledare	Handledarens namn		Handledarens telefonnummer
	Handledarens e-postadress		
4. Övrigt	Antal arbetstimmar/vecka: Period fr.o.m t.o.m		
5. Underskrift	Ort och datum		Sökandens underskrift
	_____		_____