Region Östergötland

TJÄNSTGÖRINGSRAPPORT

	Personnummer
	Namn
	Adress
Avdelning/Arbetsplats	Postadress
Db-klod/ Pers.exp. / År / Månad	Telefon
TIMAVLÖNAD	Befattning

1	2	3			4				5							6				7
Datum	Befnr/ Avd. där tjänstg. fullgjorts	Fullgjord arbetstid (rast avgår)			Obekväm arbetstid				Övertid, fyllnadstimmar					Varseldatum	Tillägg för förskjuten arb.tid	Jour/Beredskap utökat anvs 1 jour 2 beredskap bost 3 beredskap tel 4 utökat ansvarsområde				Arbetsledningens sign.
					Antal timmar				Tid		Timmar									
		Timmar	Från	Till	Vard kväll	Vard natt	Helg	Storhelg	Från klockan	Till klockan	Enkel	Kval	Fylln			Kod	Lägre	Högre	Passlängd	
Timmar									Summa övertid					1		1				
														2		2				
Arbetsdagar									Fyllnads-timmar					3		3				
														4		4				

Övriga meddelanden

Underskrift

Ort och datum		
Namnteckning, löntagaren	H-attest	Utanordning