



BARN- OCH UNGDOMSFÖRVALTNINGEN

Intyg om arbete/ studier

Intyget skickas till: Barn- och ungdomsförvaltningen
651 84 KARLSTAD

Personuppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort	

Anställning

Företagets namn	
Adress	Telefon
Anställningen avser <input type="checkbox"/> Tillsvidareanställning fr o m..... <input type="checkbox"/> Viss tid fr o m t o m	Arbetstid Per vecka
Arbetstidens förläggning <input type="checkbox"/> Dag <input type="checkbox"/> Natt <input type="checkbox"/> Helg <input type="checkbox"/> Vardag före 06:30 <input type="checkbox"/> Vardag efter 18:30	

Studier

Skolans namn	
Adress	Telefon
Lektions föreläsning eller praktiktid <input type="checkbox"/> Dag <input type="checkbox"/> Natt <input type="checkbox"/> Helg <input type="checkbox"/> Vardag före 06:30 <input type="checkbox"/> Vardag efter 18:30	

Underskrifter

Arbetsgivare	Datum
Studiesamordnare	Datum