TIMELØNNEDE

STØTTE-/KONTAKTPERSONER FOR DØVBLINDE § 98

SILKEBORG KOMMUNE Organisation og Personale	Lønperiode	Støtte-/kontaktpersonens navn	Støtte-/kontaktpersonens cpr.nr.
	Sagsbehandler	Støtte-/kontaktperson for **(fulde navn og cpr.nr.)**	Tj.nr.

Tekst	DAG I MÅNEDEN 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	LØNART	ENHEDER IALT	AFVIGENDE KONTO/AFD.+TJ.KODE
Normaltimer																																110		
Sygetimer																																		
Diverse tillæg:																																		
Aftentillæg Alle dage 17-06																																170		
Lørdag 11-24																																160		
Søn- og helligdagstillæg																																264		
Rådighedsvagt																																840		

Bemærkninger

Organisation og Personale	Lønmodtagers underskrift	Brugers underskrift	Attestation/Anvisning

Opdateret 20.03.2009