

FRISKANMÄLAN

SPK
105 34 STOCKHOLM

SPK-nummer	Personnummer	Namn	Telefon
Postadress (ej obligatorisk uppgift)			

Fyll i nedanstående uppgifter när den anställde blivit frisk och skicka blanketten till SPK. Ange den lön och arbetstid som gäller när den anställde blir frisk.

Frisk fr o m	Månadslön kr	Tillägg kr/mån	Förmån kr/mån	Arbetstid i %	Lönen gäller fr o m

Om den anställde beviljas aktivitetsersättning, sjukersättning eller arbetsskadelivränta skall en kopia på beslutet skickas in till SPK. För deltidsanställda behövs också uppgift om vilken arbetstid som gäller efter det att aktivitetsersättning alternativt sjukersättning beviljats.

Arbetsgivarens underskrift	Datum	Telefon
	Namnförtydligande	
SPK:s handläggare		