

GRAKOMs syge- og barselsfond

Møllekajen 7, 3. th. – 5000 Odense C – telefon 63 12 70 00

Tro- og loveerklæring

BARNET

Fødselsdato

MEDARBEJDEREN

Navn

CPR-nr.

DEN ANDEN FORÆLDER

Nedenfor udfyldes oplysninger om følgende:

- **For mor:** Ugerne efter de 10 første ugers orlov efter fødsel
- **For far:** Ugerne efter de 2 ugers orlov efter fødsel

Afholder denne forælder orlov

☐ Ja

☐ Nej

Orlovsuger fra (dato) _____

Orlovsuger til (dato) _____

Antal uger _____

Har denne forælder ret til løn fra en arbejdsgiver under orlovsuger

☐ Ja

☐ Nej

Hvis ja, i hvor mange af de afholdte uger
har denne forælder ret til løn fra arbejdsgiver

Antal uger _____

MEDARBEJDERENS UNDERSKRIFT

Dato

Underskrift

VIRKSOMHEDENS OPLYSNINGER

Navn og adresse