**Tidrapport, Läkare från bemanningsföretag**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn | Personnummer | Tel nr (även mobil) |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Arbetsplats |  | | Vecka, datum |  | |
| Arbetad tid  From -tom | Måndag | Tisdag | Onsdag | Torsdag | Fredag |
| Antal  timmar |  |  |  |  |  |

Jour/beredskapsrapport

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Beredskap  Kl  From - tom | Aktivt arbete  From-tom | Vardag  Antal tim  17-21  07.00-07.30 | Vardag  Antal tim 21-24  Lördag  07.00-13.00 | Natt/helg  Antal tim 00-07  Lör 13.00 – mån 07.30 | Beredskap  Utanför  Arbetsplats  Antal timmar |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Underskrift Attest:

Datum och underskrift Datum och underskrift

…………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………..

Exempel finns på blankettens baksida