**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 | BeredskapKlFrom - tom | Aktivt arbeteFrom-tom | VardagAntal tim17-2107.00-07.30 | VardagAntal tim 21-24Lördag07.00-13.00 | Natt/helgAntal tim 00-07Lör 13.00 – mån 07.30 | BeredskapUtanförArbetsplatsAntal timmar |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Underskrift Attest:

Datum och underskrift Datum och underskrift

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

Exempel finns på blankettens baksida