



KARLSKOGA KOMMUN

Socialförvaltningen

Enhet Daglig verksamhet/Gruppbostad

FYLL I DENNA LAPP NÄR DU  
VILL VARA LEDIG.

# LEDIGHETS - ANSÖKAN

## UPPGIFTER OM MIG:

JAG HETER: \_\_\_\_\_

MIN ADRESS ÄR: \_\_\_\_\_

MITT TELEFONNUMMER ÄR: \_\_\_\_\_

## JAG VILL VARA LEDIG:

FRÅN DEN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - TILL OCH MED DEN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FRÅN KLOCKAN: \_\_\_\_\_ - TILL KLOCKAN: \_\_\_\_\_

## UNDERSKRIFT:

MITT NAMN: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - ÅR: \_\_\_\_\_



## GODKÄNNANDE AV ARBETS - HANDLEDARE:

ARBETS - HANDLEDARENS NAMN: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - ÅR: \_\_\_\_\_

LÄMNA DENNA LAPP TILL DIN  
ARBETS-HANDLEDARE  
SÅ FORT SOM MÖJLIGT!