



Vuosi

Kuukausi

Toimitettava seuraavan kuukauden 3. päivään mennessä, muuten palkanmaksu viivästyy.

Palautusosoite: Vantaan ja Keravan hyvinvointialue, Vammaispalvelujen järjestäminen ja hankinta,
PL 1151, 01088 Vantaan ja Keravan hyvinvointialue tai henka@vakehyva.fi

Avustajan nimi

Henkilötunnus

TYÖNANTAJA TÄYTTÄÄ

Viikonpäivä	Pvm	Työaika tai selite (esim. loma)	Tunnit	Ilta tunnit	Yö tunnit	La tunnit	Su tunnit
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
	11						
	12						
	13						
	14						
	15						
	16						
	17						
	18						
	19						
	20						
	21						

Viikonpäivä	Pvm	Työaika tai selite (esim. loma)	Tunnit	Ilta tunnit	Yö tunnit	La tunnit	Su tunnit
	22						
	23						
	24						
	25						
	26						
	27						
	28						
	29						
	30						
	31						

Yhteensä

POISSAOLOT

Syy	Ajankohta	Syy	Ajankohta
Vuosiloma		Lomautus	
Sairausloma		Muu poissaolo	
Sairausloma		Muu työnteon estyminen	
Lapsen sairaus			

Lisäselvitys

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUKSET

Päiväys	Työnantajan allekirjoitus
	Työnantajan nimenselvennys
Päiväys	Työntekijän allekirjoitus
	Työntekijän nimenselvennys