# NÄRVARORAPPORT

**Personnummer**

**Förnamn** | **Efternamn**

**Praktikplats** | **Telefon nr (dagtid)**

**Datum fr.o.m. – t.o.m. (21 - 20 varje månad) (även skolan)**

—

## Närvarande hela perioden

☐ Ja

☐ Har Aktivitetsstöd via Försäkringskassan

☐ Nej (spec enligt nedan)

☐ Anvisad via Arbetsförmedlingen

| Dag/datum | Frånvaroorsak | Frånvaro-timmar | Anteckningar |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | Summa | | |

**Uppgiftslämnare** | **Arbetsledare/handledare**

**Viktigt att tänka på,** lämna in närvarorapporten **SENAST DEN 21 NÄSTKOMMANDE MÅNAD**


| | | |
|---|---|---|
| **Kompassen** | **Tel**<br>0980 – 703 51<br>070 – 266 85 75 | **Fax**<br>0980 – 167 18 |
| **Medborgarkontoret** | 0981–100 47 | |