VINNUSKÝRSLA _____

BERIST TIL _____

Starfsmaður	Kt. starfsmanns	Nafn notanda
Tímabil mán. / ár	Samþykktir tímar á mán.	Kt. notanda

Dagur	Frá kl. - til kl.	Fjöldi tíma	Hvað gert og athugasemdir
15/	-		
16/	-		
17/	-		
18/	-		
19/	-		
20/	-		
21/	-		
22/	-		
23/	-		
24/	-		
25/	-		
26/	-		
27/	-		
28/	-		
29/	-		
30/	-		
31/	-		
1/	-		
2/	-		
3/	-		
4/	-		
5/	-		
6/	-		
7/	-		
8/	-		
9/	-		
10/	-		
11/	-		
12/	-		
13/	-		
14/	-		
	Samtals tímar:		

_____dags_____
Staðfesting starfsmanns

_____dags_____
Staðfesting notanda/forráðamanns

_____dags_____
Yfirfarið og samþykkt f.h. velferðarsviðs Kópavogs