HELSE FONNA

Ansiennitet skjema

Fylles ut av medarbeider

Etternavn:	Fornavn:		Fødselsnr.:
Adresse:	Postnr:	Sted:	Lønnskonto nr.:
Sykepleier(KLP13): ☐	Lege (KLP15): ☐		Andre yrkesgrupper (KLP16): ☐

Stillingskode:	Stilling:	Timebetalt: Ja ☐ Nei ☐	Avdeling/enhet:	Tiltredelse dato:

Ansiennitet beregnes fra fylte 18 år, all arbeidserfaring skal dokumenteres. **Arbeidsgiver:**		**Bilag**	**Fra dato /til dato**	**Fylles ut av HR:** **År:**	**Mnd:**
Militærtjeneste:	*Overenskomst, Kap.V, pkt. 1.3*				
Arbeid i hjemmet					
Omsorgsarbeid:					

_____ **Dato:**

_____ **Underskrift medarbeider**

Fylles ut av HR

Lønnsansiennitet er fastsett til:		**Gjeldende fra:**	
St.kode:		**Årslønn (i 100% stilling):**	
Kommentar:			

_____ **Dato:**

_____ **Underskrift HR:**