GMK

~~Förnamn~~	Efternamn	PROJEKT NR.
TIDRAPPORT FÖR VECKA:	ÅR	~~Bostadsort~~

Närvarotid

Dag	Datum	Timmar			Därav övertid		Betald Restid
		Dagtid	Skift, dag	Skift natt	Vardag	Helg	
Sön							
Mån							
Tis							
Ons							
Tors							
Fre							
Lör							
Sön							
SUMMA:		0	0	0	0	0	0

Frånvarotid

Timmar	Orsak t.ex. Sjuk, tandläkare, o.s.v.
0	

Etableringar/Resor/Traktamente/Övrigt

Dag	Ut/Hemresa vid hemmresa helgledig				Resor vid eta /avetablering	Obetalda resor	Traktamente			Boende-Övernattning ort	Boende	Övrigt (Redov.av kvitto)	
	Datum	Start kl.	Datum	Avslut kl.	Mil ersättning	Ej mil ersättning	Dag (halvt)	Dag (helt)	Natt	Ort/adress	Antal nätter	Utlägg för	Summa
Sön													
Mån													
Tis													
Ons													
Tors													
Fred													
Lör													
Sön													
			Summa:		0	0	0	0	0	**Summa:**	0	**Summa:**	0 kr

Uppgifter intygas av

Namn	Datum

OBS! Tiduppgifterna skall intygas av den anställde här

Attester

Arbetsledare	Sign.	Datum
Gransk. adm. avd.	Sign.	Datum

Tiduppgifter skall överlämnas till arbetsledning för attest senast måndag kl. 10.00 varje vecka, avseende föregående vecka.

Avdelning adm. attesterad tiduppgift = klar för registrering i lönesystemet