Den 6. maj 2020

**Anmodning om friattest**

Du anmodes herved om at indhente lægelig dokumentation for, at dit fravær skyldes sygdom (friattest). Lægen anmodes samtidig om at angive den forventede varighed af dit sygefravær.

Lægen er velkommen til at anvende og udfylde erklæringen, som findes på side 2 i dette brev.

Friattesten bedes returneret til udfyld: sted og adresse, att. udfyld: navn, senest den Klik her for at angive en dato.

Friattesten betales af Hjørring Kommune, udfyld: arbejdssted, og din læge skal sende regningen elektronisk via EAN-nummer: udfyld: EAN-nummer.

*Du bedes at medbringe dette brev, samt erklæringen på side 2 til din læge.*

Med venlig hilsen

**Bilag - til lægen:**

Dette er ikke en anmodning om en mulighedserklæring, men om en friattest.

Der ønskes dokumentation for at medarbejderens fravær skyldes sygdom, og lægen anmodes om at angive den forventede varighed af sygefraværet.

Lægen er velkommen til at anvende og udfylde erklæringen umiddelbart nedenfor.

Hjørring Kommune betaler omkostningerne forbundet med udstedelsen. Regningen sendes elektronisk via EAN-nummer: udfyld: EAN-nummer.

Lægeerklæringen skal sendes direkte til udfyld: arbejdssted.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Erklæring om fravær på grund af sygdom**

På baggrund af undersøgelse den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i min konsultation, bekræfter jeg, at medarbejders fulde navns fravær fra sit arbejde skyldes sygdom.

Mit skøn er, at sygefraværet vil vare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Evt. uddybende kommentar til ovenstående:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lægens stempel og underskrift