Den 31. oktober 2019

**Anmodning om friattest**

Du anmodes herved om at indhente lægelig dokumentation for, at du grundet sygdom ikke kan deltage i en sygefraværssamtale med din arbejdsgiver ved Hjørring Kommune, hverken personligt eller telefonisk.

Lægen anmodes samtidigt om at angive den forventede varighed af, hvor længe du vurderes at være for syg til at deltage i en sygefraværssamtale.

Hjørring Kommune skal herved samtidigt henlede opmærksomheden på, at der er mulighed for at sygefraværssamtalen kan afholdes telefonisk, såfremt du ikke er i stand til at møde op til samtalen personligt.

Lægen er velkommen til at anvende og udfylde skemaet, 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 skemaet 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 Hjørring Kommunes medarbejder grundet sygdom **ikke kan deltage i en sygefraværssamtale, hverken telefonisk eller personligt**.

Samtidigt ønskes et skøn over, hvor længe medarbejderen vurderes at være for syg til at deltage i en sygefraværssamtale.

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

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

Fri attesten skal sendes direkte til      .

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

**Erklæring om manglende deltagelse i sygefraværssamtale på grund af sygdom**

På baggrund af undersøgelse den (dato)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i min konsultation, bekræfter jeg, at medarbejders fulde navn grundet sygdom ikke kan deltage i en sygefraværssamtale med sin arbejdsgiver ved Hjørring Kommune.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medarbejders fulde navn vurderes for syg, til at deltage i en **telefonisk** sygefraværssamtale (Sæt kryds) | JA | NEJ |
| Medarbejders fulde navn vurderes for syg, til at deltage i en **personlig** sygefraværssamtale (Sæt kryds) | JA | NEJ |

|  |  |
| --- | --- |
| Mit skøn er, at medarbejderen er for syg til at deltage i en sygefraværssamtale i  (varighed): | |
|  | |
| Evt. uddybende kommentar til ovenstående: | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Dato | Lægens stempel og underskrift |