Vedrørende

[MEDARBEJDERS NAVN, CPR.-NR.]

(i det følgende kaldet medarbejderen)

**Erklæring om fraværsmelding uden løn til brug for anmodning om sygedagpengeudbetaling for medarbejder på grund af egen eller pårørendes øgede risiko for alvorlig sygdom ved smitte med covid-19**

Der erklæres hermed, at ovenstående medarbejder er helt fritaget for sin arbejdsforpligtelse i perioden [DATO] – [DATO / SENEST 31. AUGUST 2020] som følge af øget risiko for alvorlig sygdom ved smitte med covid-19 hos medarbejderen selv eller dennes pårørende.

Det har ikke været muligt at indrette arbejdspladsen eller ændre arbejdsopgaverne, så arbejdet kan udføres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for personer, der er i øget risiko for et alvorligt sygdomsforløb ved smitte med covid-19.

**Arbejdsgiver foranledninger medarbejderen fraværsmeldt via Nemrefusion senest 14 dage efter første fraværsdag.**

[STED, DATO]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_​​\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ARBEJDSGIVERS NAVN] ​​​[MEDARBEJDERS NAVN]

​​​​