**Aftale om arbejdsfordeling**

Virksomhed/Lægepraksis:

Adresse:

Postnr./By

Med virkning fra uge [indsæt] til og med uge [indsæt], i alt [indsæt antal uger] uger etableres der arbejdsfordeling for [indsæt] antal medarbejdere, jf. vedlagte navneliste inden for hele virksomheden/lægeklinikken.

Således:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 2 dages ledighed pr. uge |
|  | 3 dages ledighed pr. uge |
|  | 1 uges ledighed/1 uges arbejde |
|  | 1 uges ledighed/2 ugers arbejde |
|  | 2 ugers ledighed/2 ugers arbejde |

(Sæt X)

Ledighedsperioden for hver enkelt medarbejder er angivet på vedlagte liste med angivelse af CPR.NR.

Eventuelle tidligere arbejdsfordelingsperioder er angivet for den enkelte.

Her skal (virksomhedens repræsentant, hvis I har en sådan) og samtlige medarbejdere omfattet af ordningen underskrive:

Dato og underskrifter:

[ARBEJDSGIVERS NAVN] ​​​[VIRKSOMHEDENS REPRÆSENTANT]

​​​[MEDARBEJDERS NAVN] ​​​[MEDARBEJDERS NAVN]

​​​

[MEDARBEJDERS NAVN] ​​​[MEDARBEJDERS NAVN]