



Veikindi Slys Vinnuslys Veikindi maka/barns

Nafn: _____ Kennitala: _____

Heimilisfang: _____ Staður og póstnúmer: _____

Sími: _____ Netfang: _____

Vinnuveitandi: _____ Starfshlutfall: _____ %

Upphaf veikinda (dags.) _____ Vinnufær (dags.) _____

Greiðslum frá vinnuveitanda lýkur (dags.): _____ Börn á framfæri: nei já - fjöldi: _____

Greiðslur fá öðrum: nei já - hverjum: _____

Reikningsnúmer: _____ Óska eftir að nýta persónuafslátt: nei já

Nauðsynleg gögn vegna umsóknar: Læknisvottorð Staðfesting vinnuveitanda

Ég veiti starfsmönnum Verkalýðsfélags Akraness samþykki til öflunar, skráninga og vinnslu upplýsinga er varða umsókn þessa. Vinnsla þessara persónuupplýsinga byggir á 3. tl. 1. mg. 9. gr. og 1. mg. 11. gr. laga nr. 90/2018 um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga. Heimilt er að draga til baka, með skriflegum hætti, samþykki þetta í heild eða hluta á hvaða tíma sem er og slík afturköllun hefur ekki áhrif á vinnslu umsóknar fram að því.

I give my consent to Verkalýðsfélags Akraness employees to collect, record and process information regarding this application. The processing of personal information is based on the Act no. 90/2018 on personal data protection and processing of personal data. This consent may be withdrawn in writing, in whole or in part at any time and such withdrawal will not affect the processing of the application until then.

Ég samþykki skráningu netfangs, símanúmers og annarra upplýsinga, sem notaðar verða til samskipta VLFA við félagsmann, t.d. upplýsingar tengdar kjarasamningbundnum réttindum, orlofskostum og öðru því sem félagið vill koma á framfæri við félagsmann.

I agree to the registration of my email address, phone number and other information which VLFA will use to provide information to members, e.g., information related to collective agreements, vacation options and other information the Union considers relevant.

Með undirskrift minni lýsi ég því yfir að ofangreindar upplýsingar eru réttar og gefnar eftir bestu vitund. Að auki mun ég upplýsa um breyttar aðstæður sem geta haft áhrif á umsóknina sem þá verður endurskoðuð.

With my signature, I declare that the above information is correct and given to the best of my knowledge. In addition, I will inform of any changes of circumstances that may affect the application, which will then be reviewed.

Dagsetning

Undirskrift

Afgreiðsla umsóknar, fyllist út af Verkalýðsfélagi Akraness

Greiðsla hefst: _____

80% meðaltal: _____

Réttur Sí frá: _____

Tímabil/fjöldi daga

Akranesi, ____ / ____ 202

Staðf. starfsm. VLFA