



# Umsókn í verkfallssjóð

AFL Starfsgreinafélag  
Miðvangi 2 - 4, 700 Egilsstaðir  
asa@asa.is

ATH - fylla þarf út eitt eyðublað fyrir hvern mánuð

Nafn		Kennita	
Heimili		Póstnúmer	Staður
Heimasími	Farsími	Netfang	Vinnusími
Vinnustaður		Hóf störf	Kjarasamningur
Banki	Banki nr.	HB	Reikningsnúmer

## Verkfall

Dags. frá	Dags. til	Upplýsingar
Dags. frá	Dags. til	Upplýsingar
Dags. frá	Dags. til	Upplýsingar
Dags. frá	Dags. til	Upplýsingar
Dags. frá	Dags. til	Upplýsingar

## Þátttaka í aðgerðum

Dagsetning	Tími frá	Tími frá	Út frá hvaða skrifstofu
Dagsetning	Tími frá	Tími til	Út frá hvaða skrifstofu
Dagsetning	Tími frá	Tími til	Út frá hvaða skrifstofu
Dagsetning	Tími frá	Tími til	Út frá hvaða skrifstofu

## Aðrar upplýsingar

Annað	
Dagsetning	Undirskrift