

Hafnarstræti 1, 400 Ísafjörður. Sími 450-8001. Símbref: 456-3508.

Númer
D- -

Staðfesting móttöku: _____

Umsókn um niðurgreiðslu vistar hjá dagmóður

Nafn umsækjanda		kennitala	
Lögheimili	Póstnúmer	Póstfang	
Vinnustaður	Heimasími	Farsími	Vinnusími
Nafn maka		Kennitala	
Vinnustaður	Heimasími	Farsími	Vinnusími
Nöfn barna umsækjanda		Kennitala	
Staður sem bönin eru á:		Dagmóðir	
Staður og dagsetning		Undirskrift umsækjanda	

Umsóknum skal skila á Skóla- og fjölskylduskrifstofu Ísafjarðarbæjar.

Allar upplýsingar eru meðhöndlaðar sem trúnaðarmál.

Yfirlýsing.

Ég undirrit-uð/aður, lýsi því yfir að fulltrúa Skóla- og fjölskylduskrifstofu Ísafjarðarbæjar er heimilt að afla upplýsinga um tekjur mínar og eignir hjá skattayfirvöldum og launagreiðendum.

Staður og dagsetning	Undirskrift umsækjanda
----------------------	------------------------

Undirskrift maka, eða sambýlings, ef við á.

Ég, undirrit-uð/aður heimila fulltrúa Skóla- og fjölskylduskrifstofu Ísafjarðarbæjar að afla upplýsinga um tekjur og eignir mínar hjá skattayfirvöldum og launagreiðendum.

Staður og dagsetning	Undirskrift
----------------------	-------------