

Deltagelse i ulønnet arbejde, efterløn

	CPR-nr.
Navn	Telefon
Email	Mobil

Organisationens navn		
Organisationens adresse		
Arbejdets art:		
Hvor mange timer arbejder du?	pr. uge	pr. måned
Hvor mange er beskæftigede inden for dit arbejdsområde det pågældende sted?		
Hvor mange medarbejdere modtager løn?		
Hvor mange medarbejdere er ulønnede?		

Beskrivelse af dit arbejdsforhold:

**Jeg bekræfter, at jeg skriftligt orienterer a-kassen, hvis der sker væsentlige ændringer i aktivitetens art mv.
Jeg erklærer på tro og love at oplysningerne er rigtige**

Dato	Underskrift
------	-------------