



Kuukausi / vuosi \_\_\_\_\_

Avustajan nimi \_\_\_\_\_  
Osoite \_\_\_\_\_

Synt.aika \_\_\_\_\_  
Puhelin \_\_\_\_\_

Työnantajan nimi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Synt.aika \_\_\_\_\_  
Puhelin \_\_\_\_\_

Paikka ja päiväys

Työnantajan allekirjoitus

Työntekijän allekirjoitus

pvm  
(pv.kk)

Suunniteltu  
työaika  
(klo – klo)

Toteutunut  
työaika  
(klo – klo)

Työtunnit  
yht.

Arki-  
iltatunnit  
(klo 18 -  
22)

Lauantai-  
tunnit

Sunnuntai /  
arkipyhä

Huomautukset

1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							
<b>Tunnit yht.</b>							

**MUUT TIEDOT** Päätöksessä myönnetyt avustajatunnit: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Työsuhde on päättynyt (pvm) \_\_\_\_\_

Tuntilista palautetaan kuukausittain välittömästi myönnetyn avustajatuntimäärän tultua käytettyä tai viimeistään seuraavan kuukauden 3. päivään mennessä osoitteeseen:  
Kainuun maakunta –kuntayhtymä, Minna Sarjanoja, PL 400, 87070 KAINUU.  
Email: minna.sarjanoja@kainuu.fi