



ÍSAFJARÐARBÆR
skóla- og tómstundasvið

Umsókn um niðurgreiðslu vistar hjá dagmóður

Staðfesting móttöku umsóknar (dagstimpill)

Nafn umsækjanda	Kennitala
-----------------	-----------

Lögheimili	Póstnúmer	Póstfang
------------	-----------	----------

Vinnustaður / Skóli	Heimasími	Farsími	Vinnusími
---------------------	-----------	---------	-----------

Nafn maka	Kennitala
-----------	-----------

Vinnustaður / Skóli	Heimasími	Farsími	Vinnusími
---------------------	-----------	---------	-----------

Nöfn barna umsækjanda	Kennitala

Staður sem börnin eru á:	Dagmóðir
--------------------------	----------

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

Umsóknnum skal skila á skrifstofu Ísafjarðarbæjar, 2. hæð í Stjórnssýsluhúsinu.

Með allar upplýsingar er farið sem trúnaðarmál.