varia
Vantaan ammattiopisto

Ateriakorvaus 2026

Pvm _____

Täytä mustekynällä ja selvästi, kiitos!

Opiskelijan nimi: _____ **Henkilötunnus:** _____
Alleviivaa etunimi

Kotiosoite: _____ **Postinumero ja toimipaikka:** _____

Tilinumero: IBAN _____ **Puhelin:** _____
IBAN-tilinumero sisältää 18 merkkiä

Työssäoppimispaikka: _____ **Ryhmätunnus:** _____

x) Työaika TESin mukaan joka päivälle, esim. 8.-15.30

	Ma	Ti	Ke	To	Pe	*La*	*Su*
Päiväys:							
x) Työaika:							

	Ma	Ti	Ke	To	Pe	*La*	*Su*
Päiväys:							
Työaika:							

	Ma	Ti	Ke	To	Pe	*La*	*Su*
Päiväys:							
Työaika:							

	Ma	Ti	Ke	To	Pe	*La*	*Su*
Päiväys:							
Työaika:							

	Ma	Ti	Ke	To	Pe	*La*	*Su*
Päiväys:							
Työaika:							

	Ma	Ti	Ke	To	Pe	*La*	*Su*
Päiväys:							
Työaika:							

	Ma	Ti	Ke	To	Pe	*La*	*Su*
Päiväys:							
Työaika:							

	Ma	Ti	Ke	To	Pe	*La*	*Su*
Päiväys:							
Työaika:							

Laskelma

_____ pv x 6,60 euroa = _____ euroa
(1.1.2026 alkaen)

Päivämäärä, allekirjoitus ja nimenselvennys

TYÖPAIKKAOHJAAJA: _____

OHJAAVA OPETTAJA: _____