

Begäran / intyg om förlorad arbetsinkomst

Förtroendevalds begäran om ersättning

Namn				Personnummer	
Nämnd/styrelse					
Förrättning/ sammanträde	Datum	Fr.o.m. kl.	T.o.m. kl.	Antal timmar	Fylls i av sekr vid avvikelse från begäran Utbetalas antal timmar
Datum:	Underskrift förtroendevald:				

Arbetsgivares intyg om förlorad arbetsinkomst

Intyg om förlorad arbetsinkomst (fylls i av förtroendevalds arbetsgivare) eller bifoga lönespecifikation som styrker löneavdrag	
Arbetsgivare, företagets namn, tel.nr:	
Anteckning om ev. avvikelser från begäran	
Ovanstående ledighet med löneavdrag intygas:	
Datum	Underskrift arbetsgivare:

Egenföretagares intyg om förlorad arbetsinkomst

På grund av förtroendeuppdrag i Sjöbo kommun har jag förlorat arbetsinkomst.

Datum:..... Underskrift förtroendevald:.....

Sjöbo kommuns attest:

Datum:	Granskningsattest:	Attest:
--------	--------------------	---------

Ev avvikande kontering

Ansvar	Verksamhet	Aktivitet	Projekt	Objekt	Motpart
--------	------------	-----------	---------	--------	---------