

Uppgifter om den förtroendevalde

Begäran om ersättning för förlorad arbetsinkomst/semesterförmån

Avlöningsperiod (år/månad)	Namn	Personnummer	
Utbetalningsadress		Postnr	Ort

ARBETSGIVARINTYG		IFYLLES AV DEN FÖRTROENDEVALDE			IFYLLES AV KOMMUNEN				
För ovan angivna person har under avlöningsperioden gjorts följande löneavdrag vid fullgörande av kommunalt förtroendeuppdrag		För angiven avlöningsperiod anholder jag om ersättning för förlorad arbetsinkomst/semesterförmån enligt vidstående arbetsgivarintyg							
Datum	Kronor 1)	Datum	Klockslag fr o m t o m	Aktivitet, t ex sammanträde; ange nämnd, utskott etc enl 2 § i ers bestämmelserna	Ansvar	Verks	Objekt	Attest	Pers-ek.avd anteckningar
Summa kronor:									
Arbetsgivarens/uppdragsgivarens underskrift samt telefonnummer					Anteckningar/Uppllysningar				
Arbetsgivare/uppdragsgivare		Datum och den förtroendevaldes namnteckning							
Underskrift									
Telefonnr (dagtid):									

1) Inklusivt ev förlorad semesterförmån
Blanketten gäller fr o m 2003-01-01