|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Namn: | Personnummer: | Arbetsgivare: | Eget företag:  | Anställd: | Månad och år: |
| **Typ av förrättning** | **Nämnd****(som kostnad kommer dras från)** | **Datum** | **Närvaro sammanträde/****Förrättning** | **Förlorad arbetsinkomst****(Obligatoriskt)** | **Förlorad arbetstid** |
| Antal timmar | Belopp | Antal timmar |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |



**Blankett 5 – Ersättning förtroendevald – förlorad arbetsinkomst**

1. Det finns olika sätt på vilka arbetsgivaren kan bestyrka uppgifterna. Om den förtroendevalda bekräftar förlorad arbetsinkomst till exempel via giltigt lönebesked krävs ingen signatur av arbetsgivaren på denna blankett.

Kontaktuppgifter nämndsekreterare:

**Bestyrks av:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Arbetsgivare underskrift1) | Namnförtydligande **(texta)**, telefon |
| Datum | Förtroendevald |