



ÖREBRO

INTYG OM FÖRLORAD ARBETSINKOMST FÖRTROENDEVALDA I ÖREBRO KOMMUN

LÄMNA BLANKETTEN IFYLLED OCH UNDERTECKNAD TILL NÄMNDSEKRETERARE

OBLIGATORISKA UPPGIFTER

Förtroendevaldes namn (textas)	Personnummer
Nämnd	
Huvudarbetsgivare	

Obs! Något av alternativen I-II nedan måste fyllas i.

I. INTYG OM ARBETSGIVARES LÖNEAVDRAG

När jag är frånvarande från arbetet på grund av tjänstgöring som förtroendevald gör min arbetsgivare avdrag på lönen.

Avdrag görs för timme med kr from

Ort och datum

Namnteckning: _____

Att ovanstående uppgifter om löneavdrag är riktiga intygas:

Ort och datum

Arbetsgivarens underskrift: _____ Tel.nr.

II. REDOVISNING AV INKOMSTBORTFALL – FÖRETAGARE (motsv)

Vid tjänstgöring som förtroendevald får jag inkomstbortfall i min förvärvsverksamhet.

Min beräknade årsinkomst är kr

Avdrag för timme med kr

Ort och datum

Ordförandes underskrift: _____