



ÖREBRO

Ersättning förtroendevald – förlorad arbetsinkomst

| | | | |
|-------|---------------|---------------|--------|
| Namn: | Personnummer: | Arbetsgivare: | Månad: |
|-------|---------------|---------------|--------|

| Typ av förrättning | Nämnd | Datum | Närvaro sammanträde/ Förrättning | Förlorad arbetsinkomst (Obligatoriskt) | Förlorad arbetstid |
|--------------------|-------|-------|-------------------------------------|---|--------------------|
| | | | Antal timmar | Belopp | Antal timmar |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Kontaktuppgift nämndsekreterare:

Bestyrks av:

- 1) Det finns olika sätt vilka arbetsgivaren kan bestyrka uppgifterna. Om den förtroendevalda bekräftar förlorad arbetsinkomst t ex via giltigt lönebesked krävs ingen extra signatur på denna blankett.

| | |
|-------|-----------------|
| Datum | Arbetsgivare 1) |
| Datum | Förtroendevald |