



### Begäran om ersättning för FÖRLORAD ARBETSFÖRTJÄNST – FÖRTROENDEVALDA

OBS! En blankett per nämnd/styrelse.

Lämnas till sekreteraren i resp nämnd månadsvis och senast den 10:e efterföljande månad

**Ifylles av den förtroendevalda:**

Nämnd	Namn	Personnummer

OBS! Följande ifylles endast om du deltagit i *flera uppdrag* samma dag och i *olika nämnder/styrelser*. Uppgifterna behövs för att inte dubbel ersättning skall utbetalas

Datum	Annan nämnd/styrelse	Sammanträde/Justering/Förrättning
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Ifylles av dig som förtroendevald Datum för frånvaro ( sammanträde/förrättning)	Ifylles av arbetsgivare Löneavdrag/dag

**Som arbetsgivare intygas att löneavdrag gjorts enligt ovanstående:**

.....

Arbetsgivare

.....

Datum                      Arbetsgivarens underskrift