



Ersättning för förlorad arbetsinkomst

Namn	Personnummer
------	--------------

Nämnd/uppdrag

Datum	Klockslag fr o m – t o m	Timmar enligt intyg	Belopp motsvarande avdraget för förlorad arbetsinkomst	Arbetsgivarens signatur*

Lönespecifikation, eller av arbetsgivare annat vidimerat intyg om avdrag, där ovan angiven "förlorad arbetsinkomst" framgår ska biläggas.

*För dig som är anställd av Arboga kommun signerar arbetsgivaren din frånvaro här och annat intyg behövs inte.

Lämnas till nämndsekreterare som skickar vidare till lönekontoret, Västra Mälardalens Kommunalförbund.

Underskrift förtroendevald

Datum	Underskrift
-------	-------------

Underskrift – intygande om närvaro

Attest ordförande

Datum	Datum
Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande