



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 |