



FÖRLORAD ARBETSFÖRTJÄNST FÖRTROENDEVALDA

Namn		Personnummer	
Nämnd/Utskott	Datum	Klockslag from-tom	
Uppdrag:			
Arvode övriga uppdrag		<input type="checkbox"/> Helt	<input type="checkbox"/> Halvt
Km-ersättning antal km:	Förlorad arbetsförtjänst antal timmar:		
Datum underskrift förtroendevald		Namnförtydligande	
Datum Underskrift delegat		Namnförtydligande	

Nämnd/Utskott		Datum		Klockslag from-tom	
Uppdrag:					
Arvode övriga uppdrag		<input type="checkbox"/> Helt	<input type="checkbox"/> Halvt		
Km-ersättning antal km:		Förlorad arbetsförtjänst antal timmar:			
Datum underskrift förtroendevald			Namnförtydligande		
Datum Underskrift delegat			Namnförtydligande		

Nämnd/Utskott		Datum		Klockslag from-tom	
Uppdrag:					
Arvode övriga uppdrag		<input type="checkbox"/> Helt	<input type="checkbox"/> Halvt		
Km-ersättning antal km:		Förlorad arbetsförtjänst antal timmar:			
Datum underskrift förtroendevald			Namnförtydligande		
Datum Underskrift delegat			Namnförtydligande		

Underlaget ska vara underskrivet av delegat.

Ej kommunanställda ska intyga löneavdrag genom lönespecifikation, intyg från arbetsgivare eller intyg från försäkringskassan. Rapportering på denna blankett avser **EJ** arvode för sammanträden.