

# **ERSÄTTNING FÖR KOMMUNALA UPPDRAG**FÖRLORAD ARBETSFÖRTJÄNST FÖR EGNA FÖRETAGARE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DB-kod | Namn | Personnummer | Nämnd | Förvalt-ning | Löpnr |
|  |  |  |  |  99 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum | Nämnd/Styrelse | Ersättning \*)för tiden mellan kl  | Kommunens anteckningar |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Summa kronor/mån | Personalredogörare | Bestyrks |

\*) Schablonersättning enligt senast fastställda sjukersättning till:

Undertecknad *intygar* härmed att en ekonomisk förlust har gjorts:

…………………………………………………………………
Förtroendevald

………………………………..

Förtroendevald

1. förtroendevald som kan visa att en arbets-

inkomst förlorats men inte till vilket
belopp eller

1. förtroendevald, som inte kan visa, men

som intygar att en arbetsinkomst
förlorats.