Sölvesborgs kommun

# **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.