GNOSJÖ kommun

FÖRLORAD ARBETSFÖRTJÄNST

Begäran om ersättning för förlorad arbetsförtjänst vid deltagande i sammanträde.

Namn: …… Personnr (10 siffror): ……..

Utskott/Nämnd	Datum	Antal tim	Belopp	Identitet
Totalt antal timmar				
Timlön inkl.sem.ers				
Löneavdrag (belopp)				

Underskrift

Dagens datum: …… Namnteckning: …….

Ifylls av ordinarie arbetsgivare:

Ovanstående uppgifter om anställning och förlorad arbetsförtjänst intygas härmed i egenskap av ordinarie arbetsgivare:

Dagens datum: ……

Ordinarie arbetsgivare (Företag): …….

Tel.nr: …… Kontaktperson: ……

Namnteckning: …….. Befattning: ……

Namnförtydligande: ……...

Ifylls av Gnosjö kommun:

Attest: …….. Kontering: ……..