

Inkomstbortfall enligt inlämnat intyg från arbetsgivaren om förlorad arbetsinkomst, förlorad arbetsinkomst ersätts med max 8 timmar/dag

Underlag för utbetalning av förlorad arbetsinkomst för förtroendevalda

Namn

Personnummer

Nämnd

Sammanträdesgrupp**Mötesdatum****Sammanträdestid**

Fr.o.m kl.

T.o.m kl.

Förlorad arbetstid

Fr.o.m kl.

T.o.m kl.

Rast

Fr.o.m kl.

T.o.m kl.

Antal timmar

Jag intygar på heder och samvete att jag har haft inkomstbortfall enligt ovan

Den förtroendevaldes namnteckning

Beslutsattest

Ordförande

Blanketten skickas till:
Nyköpings kommun
Kommunledningskansliet, Informationsförvaltning
611 83 Nyköping

På grund av att blanketten innehåller personnummer ska blanketten sändas per post.