



INTYG OM FÖRLORAD ARBETSFÖRTJÄNST FÖR FÖRTROENDEVALDA

| | |
|-------------------|-------|
| Namn | |
| Personnummer | |
| Förtroendeuppdrag | Datum |
| | Kl |

| |
|--------------|
| Arbetsgivare |
| Adress |
| Telefon |

FÖRLORAD ARBETSINKOMST

I egenskap av arbetsgivare gör vi avdrag på lönen för ovanstående anställd under tiden:

Datum

Kl t.o.m. kl..... med kronor.....

Om belopp ej kan specificeras, uppge senast fastställda sjukpenningsgrundande inkomst för uppräknig av schablonersättning.

Dagberäknad sjukpkronor

Timsberäknad sjukp..... kronor

FÖRLORAD SEMESTERFÖRMÅN

Ovanstående tid förlorar den anställdakronor i semesterersättning.

Ovanstående tid förlorar den anställda st semesterdagar.

Går inte miste om några semesterförmåner.

UNDERSKRIFT

.....
Namn:

.....
Arbetsgivare:

Nämnd/löpnummer..... Kst.....Sekt. sign

Beslutsattest:.....