

**UNDERLAG FÖR UTBETALNING AV FÖRLORAD  
ARBETSINKOMST FÖR FÖRTROENDEVALDA**-----  
NAMN-----  
PERSONNUMMER-----  
NÄMND-----  
SAMMANTRÄDESGRUPP-----  
MÖTES DATUM

SAMMANTRÄDESTID:.

FÖRLORAD  
ARBETSTID:-----  
fr.om t.om-----  
fr.o.m t.o.m

ANTAL TIMMAR: -----

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

-----  
Den förtroendevaldes namnteckning-----  
Beslutsattest (nämndansvarig tjänsteman)-----  
Ordföranden