



ERSÄTTNING FÖR KOMMUNALA UPPDRAG
FÖRLORAD ARBETSFÖRTJÄNST FÖR EGNA
FÖRETAGARE

DB-kod	Namn	Personnummer	Nämnd	Förvaltning	Löpnr
				99	

Datum	Nämnd/Styrelse	Ersättning *) för tiden mellan kl	Kommunens anteckningar

Summa kronor/mån	Personalredogörare	Bestyrks
------------------	--------------------	----------

*) Schablonersättning enligt senast fastställda sjukersättning till:

- förtroendevald som kan visa att en arbetsinkomst förlorats men inte till vilket belopp eller
- förtroendevald, som inte kan visa, men som intygar att en arbetsinkomst förlorats.

Undertecknad *intygar* härmed att en ekonomisk förlust har gjorts:

.....