



**NORA**  
KOMMUN

## Ersättning för förlorad arbetsförtjänst

Namn förtroendevald:	Personnummer:	Arbetsgivare:
----------------------	---------------	---------------

Typ av sammanträde	Nämnd	Datum	Närvaro: sammanträdetets längd	Förlorad arbetsinkomst
			Antal timmar	Belopp

Blanketten lämnas till nämndsekreterare,  
lämnas in i Tingshuset eller skickas via post till  
Nora kommun, 713 80 Nora

Yrkande om ersättning för förlorad  
arbetsinkomst ska framställas senast inom ett år  
från dagen för sammanträde eller motsvarande  
till vilken förlusten hänförs sig.

### Bestyrks av

Datum	Arbetsgivare
Datum	Förtroendevald