



NORA
KOMMUN

Ersättning för förlorad arbetsförtjänst

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

Typ av sammanträde	Nämnd	Datum	Närvaro: sammanträdet längd	Förlorad arbetsinkomst	Reseersättning
			Antal timmar	Belopp	Antal kilometer

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