

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 Tingshuse eller skickas via post till Nora kommun, 713 80 Nora

Blanketten ska vara inlämnad senast en månad efter första sammanträdet på listan.

Bestyrks av

Datum	Arbetsgivare
Datum	Förtroendevald