**ERSÄTTNING FÖRLORAD ARBETSINKOMST FÖRTROENDEVALD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESLÖVS KOMMUN** | Förv | Period fr o m | Period t om |
| År | Månad | Dag | År | Månad | Dag |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Namn | Personnummer |
| Styrelse, nämnd etc | Telefon Arbete |
| Telefon Bostad |
| Förrättningens art | År | Månad | Dag | Förlorad arbets-komst timmar |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Datum/Underskrift | Attest |