

**HEDEMORA KOMMUN**

**FÖRLORAD ARBETSINKOMST  
Förtroendevaldas ersättningsanspråk för  
sammanträden och förrättningar**

Lämnas till nämndsekreteraren eller skicka till:

Hedemora kommun  
Kommunledningskontoret  
Box 201  
776 28 HEDEMORA

**IFYLLS AV DEN FÖRTROENDEVALDA**

..... Namn	..... Personnummer	
..... Sammanträde i/uppdrag för	..... Datum	..... Antal frånvarotimmar
..... Sammanträde i/uppdrag för	..... Datum	..... Antal frånvarotimmar
..... Sammanträde i/uppdrag för	..... Datum	..... Antal frånvarotimmar
..... Sammanträde i/uppdrag för	..... Datum	..... Antal frånvarotimmar
..... Sammanträde i/uppdrag för	..... Datum	..... Antal frånvarotimmar

Ändamål (vid annan förrättning än sammanträde)/ Kommentar

**IFYLLS AV DEN FÖRTROENDEVALDAS ARBETSGIVARE**

Pga sammanträde enligt ovan har följande avdrag gjorts.

Arbetsinkomst, kronor .....  
Semesterförmån, kronor .....  
TOTALT KRONOR .....

Härmed bestyrkes ovanstående uppgifter

.....  
Datum

.....  
Arbetsgivarens underskrift