

Intyg om förlorad inkomst

Förtroendevaldes namn:	Personnummer:
Arbetsplats	Kontaktperson och tel nr

Intyg om arbetsgivarens löneavdrag

Avser intjänandeår: _____
När jag är frånvarande från arbetet på grund av uppdrag som förtroendevald gör min arbetsgivare avdrag på lönen med: _____ kr per timme

Ovanstående uppgifter intygas.		
Ort och datum	Arbetsgivarens underskrift	Tel nr

Intyg om inkomstbortfall – **egen företagare**

Vid uppdrag som förtroendevald åsamkas jag inkomstbortfall i min förvärvsverksamhet. Bifoga kopia av intyg eller besked.
<input type="checkbox"/> Intyg från försäkringskassan som visar min sjukpenningsgrundande inkomst av egen verksamhet
<input type="checkbox"/> Besked från skatteverket som visar föregående års taxerade inkomst

Ort och datum	Namnteckning	Tel nr

Nytt intyg lämnas vid löneförändring och/eller byte av arbetsgivare.

Insändes till: Personalkontoret, Falu kommun

FALUN