

Intyg från arbetsgivare om förlorad arbetsinkomst

Namn:

Personnummer: _____

Förlorad arbetsinkomst per timme: _____

Gäller från och med: _____

Om inte arbetsinkomst per timme går att fastställa exakt används följande formel:

Ex. Årsinkomst omräknat i timlön

Årslön
(12x165)

(Hänvisning till § 6, reglemente för ersättning till kommunalt förtroendevalda)

Arbetsgivares uppgifter

Företag: _____

Arbetsplats: _____

Ev. enhet: _____

Arbetsgivarens signatur: _____

Namnförtydligande: _____

*Glöm inte att begära nytt intyg från arbetsgivaren vid förändrad inkomst

Intyget skickas till:

Nyköpings kommun

Kommunledningskansliet, Informationsförvaltning

611 83 Nyköping

På grund av att intyget innehåller personnummer ska blanketten sändas per post.