



ÅMÅLS KOMMUN
Box 62, 662 22 ÅMÅL

INTYG OM MÅNADSLÖN/DAGLÖN/TIMLÖN
för beräkning av ersättning för förlorad arbetsförtjänst

Härmed intygas att

Namn

Personnummer

är anställd hos (arbetsgivare) _____

Månadslön fr o m _____ uppgår till _____ kr/mån

alternativt

Daglön fr o m _____ uppgår till _____ kr/dag

alternativt

Timlön fr o m _____ uppgår till _____ kr/tim

Ort och datum _____

telefonnummer _____

Underskrift av arbetsgivaren eller dess representant

Namnförtydligande

Ifylles i förekommande fall:

Mellan arbetstagaren och arbetsgivaren föreligger särskilt avtal om att den förtroendevalde p g a uppdraget fullgör förlorad arbetstid på annan tid, vilket härmed intygas:

Ort och datum _____

telefonnummer _____

Underskrift av arbetsgivaren eller dess representant

Namnförtydligande

Intyg från arbetsgivaren skall lämnas vid varje mandatperiods början och vid ändring av inkomst