

## Begäran om ersättning för förlorad arbetsförtjänst

(fyll i en blankett för varje sammanträdesorgan – ansvarsområde)

Box 602, 751 25 Uppsala

Personnummer:	Namn: (texta)
---------------	---------------

Ansvarsområde:	Spec. kod:	Proj. kod:
----------------	------------	------------

<b>Sammanträdesorgan:</b> (ange i förekommande fall även benämning på konferens, seminarium eller dylikt).	År, månad, dag	Sammanträde fr.o.m. kl.	Sammanträde t.o.m. kl.	Restid (faktisk)	Total tid	<b>Fylls i av arbetsgivare eller A-kassa</b> Löne- ersättningsavdrag / förlorad inkomst (kr):

Datum:	Den förtroendevaldes namnteckning:
--------	------------------------------------

**Egen företagare:**  
(kryssa i rutan), ersättning enligt särskilt beslut

<b>Intyg om löne-/ersättningsavdrag från arbetsgivare/A-kassa</b>			
Datum:	Arbetsgivare/A-kassa:	Arbetsgivares/A-kassas underskrift:	Telefonnummer:

**Underskrift av ansvariga inom Region Uppsala**

Datum:	Prestation fullgjord:	Attesteras:
--------	-----------------------	-------------

Kryssmarkera rutan om rätt till ersättning för förlorad arbetsförtjänst föreligger, men inte rätt till arvode enligt beslut i styrelse/nämnd eller motsv.