



Hälsinglands
Utbildningsförbund

FÖRTROENDEVALDA - Inkomstbortfall/Reseersättning/Förrättning

Förlorad arbetsinkomst – begär du ersättning för förlorad arbetsinkomst?

(Kom ihåg att intyg krävs)

Nej Ja → Antal timmar: _____

Datum	Aktivitet

BILERSÄTTNING (minimum 5 km enkel resa)

Datum	Resor (från-till)	Egen bil (km)

ÖVRIGA UTLÄGG

Datum	Utlägg (skall styrkas med kvitto eller biljett)	Belopp inkl. moms	Moms	Belopp exkl. moms

Namn (textas)	Personnummer
Riktigheten i ovanstående uppgifter intygas (underskrift förtroendevald)	
Attest (i de fall ovanstående inte gäller möte med närvarolista)	