Ersättning utbetalas enligt bestämmelser för Arvoden och ersättningar för förtroendevalda i Finsam Lekeberg och Örebro.

**Begäran om ersättning för styrkt förlorad ersättning från arbetslöshetskassa och semesterförmån.**

**Namn**: ………………………………………………………………………..……………………………….………………………..

**Personnummer:** ……………………………………..………………………………………………..…………………………..

**Adress:** ………………………………………………………………………………………………….………………………………

**Postnr. och postadress:** …………………………………………………………………………………………………………

Jag godkänner att uppgifter kan kontrolleras av Samordningsförbundet:

Underskrift förtroendevald: …………………………………………………………………………………………………..

Sammanträde/förrättning

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Typ av förrättning | Tidpunkt  fr o m-t o m | Antal timmar | á pris | Summa kronor |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Ovanstående uppgifter bestyrks:**

Ort och datum: ………………………………………………….…………………………………………………………………..

Namnteckning förtroendevald: …………………………………….……………………………………………………….

Namn på arbetslöshetskassa: ………………………………………………………………………………………………..

Telefonnummer arbetslöshetskassa: ……………………………………………………………………………………..