LULEÅ KOMMUN

INTYG OM FÖRLORAD SEMESTERFÖRMÅN

Intyg om förlorad semesterförmån enligt § 4 i Plan om ersättningsbestämmelser för förtroendevalda

Härmed intygas att:

Namn

Personnummer

Har förlorat intjänad semesterförmån på grund av förtroendeuppdrag

Dag/dagar	Belopp
Summa	0

Ort

Datum

Arbetsgivarens underskrift och stämpel

Obestyrkt förlorad semesterförmån ersätts inte.

POSTADRESS
Luleå kommun
971 85 LULEÅ

BESÖKSADRESS
Rådstugatan 11

TELEFON
0920-45 30 00

HEMSIDA
www.lulea.se