

INTYG (frånvaro fackligt uppdrag)



**TRANSPORT-
ARBETAREFÖRBUNDET**
AVD. 12

för erhållande av ersättning för förlorad arbetsförtjänst

Personnummer	Namn
--------------	------

Undertecknad arbetsgivare intygar att ovanstående person får avdrag på lönen enligt nedan:

Löneavdrag i kronor:	Avdraget gäller för antal	
	Timmar:	Minuter:
Semesterersättning tillkommer.	Avser perioden	
Procentpåslag enl. avtal:	Fr.o.m:	t.o.m:

Datum	Ort
Arbetsgivare	
Underskrift av arbetsgivare	

OBS! Det är viktigt att ange antalet timmar som arbetstagaren skulle ha haft i lön samt löneavdrag i kronor och ören. Övertid ska inte inräknas.