|  |
| --- |
|  |

**KRAV OM OG BEKREFTELSE PÅ TAPT ARBEIDSFORTJENESTE**\*

(for arbeidstakere)

Hvis krav om kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste reises, må tapet bekreftes

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stilling: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma/virksomhet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

har tjenestegjort som alminnelig medlem i sak: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

i Barneverns- og helsenemnda i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ og krever kr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ som kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste som følge av tjenesten.

Sted, dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sign:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Medlem*

*\* jf Retningslinjer for godtgjøring og dekning av reiseutgifter pkt 4.2, dekkes maksimalt kr 3 475,- per dag.*

**BEKREFTELSE FRA ARBEIDSGIVER**

Arbeidsgiver (navn, stilling): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

i firma/virksomhet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bekrefter at trekk i lønn for fravær i forbindelse med tjeneste i Barneverns- og helsenemnda er foretatt for:

antall dager:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fra dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ til dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Brutto kr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

+ feriepenger % kr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Samlet lønnstrekk kr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arbeidsgiver kan kontaktes på tlf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sted, dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sign:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Arbeidsgiver*