

Sonkajärven kunta HAKEMUS/ Ansionmenetys/ kustannusten korvaaminen

Luottamus- henkilön tiedot	Nimi		Henklötunnus					
	Osoite		Pankkiyhteys					
	Toimielin/tehtävä		Puhelin					
Kokousta tai vastaavaa koskevat tiedot	Pvm	Kokouksen/ tehtävään käytetty kokonaisaika		Selite (esim. kokouksen, tilaisuuden nimi; jos tilaisuus muu kuin kokous tai vastaava, määräyksen antaja)	Ansionmenetyskustannus			
		Alkoi klo	Loppui klo		Tuntia	a -hintaa €	Yht.	Hyväksy- tään €/t
YHTEENSÄ								
Luottamus- henkilön allekirjoitus	Vakuutan antamani tiedot oikeiksi Sonkajärvellä ___/___ 20___							
Työnantajan todistus anslonmene- tyksestä	Vakuutan, että ansionmenetys on ollut edellä esitetyn mukainen ___/___ 20___							
Tarkastaja	___/___ 20___			Tiliöinti				
Hyväksyjä	___/___ 20___			LIITTEEKSI työnantajan todistus palkanpidätyksestä, ellei todistus ole tällä lomakkeella.				

