SMEDJEBACKENS KOMMUN
Personalavdelningen

Specifikation av tjänstgöring
Förtroendevalda

Nämnd	Tjänstgöringsmånad

Namn	Personnummer

Adress

Telefonnr

Datum	Klockslag fr.o.m. – t.o.m.	Uppdragets art	Förlorad arbetsförtjänst inkl.sem.ersättn.	Arvode utöver protokollförda uppdrag		Antal km
				Antal timmar	Nej	

ID	Aktivitet

Attest:.....