

## Intyg om lönebortfall för medlem i Sveriges Lärare

**Härmed intygas om lönebortfall för:**

Namn:

Personnummer:

Datum för lönebortfallet:

Totalbelopp för lönebortfall (brutto):

Arbetsgivare:

Ort och datum:

Signatur:

---

Namnförtydligande samt telefonnummer eller mejladress