

ANSÖKAN

Ersättning vid förlorad säkerhetsklassning

Personnummer	Förnamn	Efternamn	
Adress		Postnummer	Ort
Telefon	E-post		Fackligt medlemskap
Anställningstid	Befattning		Datum för transportstyrelsens beslut
Arbetsgivare	Organisationsnummer	E-post till arbetsgivarperson	

Följande dokument skall bifogas ansökan om ersättning

- Kopia på senaste lönespecifikationen
- Underlag på omplaceringsutredning
- Underlag på beslut om förlorad säkerhetsklassning, på grund av medicinska skäl.

Genom min underskrift samtycker jag till att stiftelsen behandlar mina personuppgifter för att kunna pröva min ansökan.

.....
Arbetsstagare

.....
Arbetsgivare

Skicka infylld ansökan med bilagor till lossoflicense@seko.se