



ANMELDelse AF TILLIDSREPRÆSENTANT

DET MEDDELES HERMED, AT

NAVN:	CPR.NR.:
STILLING:	ARBEJDSPLADS:

 ER VALGT SOM **TILLIDSREPRÆSENTANT** FOR

FAGLIG ORGANISATION:
FØLGENDE ARBEJDSPLADSER/INSTITUTIONER:

VALGET ER SKET DEN _____, MED VIRKNING FRA DEN _____ OG DER ER TALE OM (SÆT X)

NYVALG:	GENVALG:
OBS – HVEM STOPPER:	
NAVN:	
CPR.NR.:	

ANTAL MEDARBEJDERE DER REPRÆSENTERES:	(ANTAL ANSATTE ANFØRES – DOG MINIMUM 5)	
ER DER TILLAGT FORHANDLINGSKOMPETENCE?	JA:	NEJ:

 ER DU OGSÅ **MED-REPRÆSENTANT** UDFYLDES NEDENSTÅENDE FELTER:

SÆT X

HVILKE UDVALG ER DU MEDLEM AF?	HOVEDUDVALG	
	FAG MED	
	LOKAL MED	

HAR DU GENNEMFØRT MED-uddannelsen?	JA:	NEJ:
	HVIS JA – HVORNÅR?	HVIS NEJ – KONTAKT TRGUN@MARIAGERFJORD.DK

Skemaet sendes til den faglige organisation, der herefter anmelder valget overfor Mariagerfjord Kommune.

Bemærk: Valget er først endeligt godkendt, når Mariagerfjord Kommune har modtaget anmeldelsen fra den faglige organisation og ikke indenfor en frist af 3 uger herefter har gjort indsigelse mod valget.

Den faglige organisations anmeldelse:	
Dato:	Stempel og underskrift:

Indsendes til Mariagerfjord Kommune, Løn og Personale, Ndr. Kajgade 1, 9500 Hobro –
raadhus@mariagerfjord.dk