



VALG AF ARBEJDSMILJØREPRÆSENTANT

Hvis selvejende institution – Bestyrelsens adresse:

Institutionens stempel:

Valget er foretaget den / -

Som arbejdsmiljørepræsentant er valgt:

Navn:

Cpr.nr.:

Adresse.:

Organisation:

E-mailadresse.:

Mobilnr.:

Afgående arbejdsmiljørepræsentant:

Navn:

Cpr.nr.:

Organisation:

Lederrepræsentant i arbejdsmiljøgruppen /institutionslederen

Navn:

Cpr.nr.:

Organisation:

Har I gennemgået ny miljøuddannelse i din kommune?

Arbejdsmiljørepræsentan-
ten:

Nej ___ Ja ___ Dato for afsluttet uddannelse: _____

Lederen:

Nej ___ Ja: ___ Dato for afsluttet uddannelse: _____

Valget er d.d. godkendt og fremsendt til kommunen/bestyrelsen

For organisationen

Dato

