Skemaet bedes udfyldt med BLOKBOGSTAVER

1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CPR-nr.:  | Stilling: | Tlf.:  |
| Navn:  |
| Adresse:  |
| Postnr.: | By: |
| Kontakt; ”sikker” mailadresse: |

|  |
| --- |
| □ Nyvalg □ Ophør af et tillidshverv □ Ophør af flere tillidshverv 2□ Genvalg □ Ændring af tillidshverv □ Andet:  |

3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Arbejdsplads

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Arbejdsplads: |  Ansættelsesdato:  | tlf:  |
| Adresse:  | Fax: |
| Postnr.:  | By:  |
| Kommune: | Region: |

 |

4

|  |
| --- |
| Tillidshverv: (sæt kryds) |
| Tillidsrepræsentant  | Tillidsrepræsentantsuppleant |
| Fællestillidsrepræsentant | Fællestillidsrepræsentantsuppleant |
| Arbejdsmiljørepræsentant |  |

5

|  |
| --- |
| Dato for valg/ændring: / 202  |

6

|  |
| --- |
| Suppleant: |
| Navn:  | CPR-nr.: |
| Adresse: |

7

|  |
| --- |
| Godkendt, dato:  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Afdelingens underskrift |

8

|  |
| --- |
| Sted, dato: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Institutionens/arbejdsgiverens underskrift |

**Bemærk; punkt 8 skal udfyldes inden skemaet returneres!**

Skemaet sendes til: FOA SOSU, Godthåbsvej 15, 2000 Frederiksberg.

Skemaet kan også scannes og mailes til: udda050@foa.dk