



Valg af fællestillidsrepræsentant i kommune: \_\_\_\_\_

### Valget omfatter følgende ansatte på BUPL-overenskomst:

Alle på BUPL-overenskomst i kommunen: \_\_\_\_\_

Følgende institutionstyper/ansættelsesgrupper: \_\_\_\_\_

Valget er foretaget den / 20

### Som fællestillidsrepræsentant er valgt:

Navn: \_\_\_\_\_

Privatadr: \_\_\_\_\_

Postnr./by: \_\_\_\_\_

Tlf. privat: \_\_\_\_\_

Evt. mobil: \_\_\_\_\_

CPR-nr: \_\_\_\_\_

Arbejdsplads: \_\_\_\_\_

Tlf. arb. (+ evt. lokal nr.): \_\_\_\_\_

TR's mailadr. på arbejdsplads: \_\_\_\_\_

Nyvalg  Genvalg

### Tidligere FTR

Navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr: \_\_\_\_\_

### Som suppleant er valgt:

Navn: \_\_\_\_\_

Privatadr: \_\_\_\_\_

Postnr./by: \_\_\_\_\_

Tlf. privat: \_\_\_\_\_

Evt. mobil: \_\_\_\_\_

CPR-nr: \_\_\_\_\_

Arbejdsplads: \_\_\_\_\_

Tlf. arb. (+ evt. lokal nr.): \_\_\_\_\_

TR's mailadr. på arbejdsplads: \_\_\_\_\_

Nyvalg  Genvalg

### Tidligere FTR-suppleant

Navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr: \_\_\_\_\_

### Udfyldes af BUPL

Valg af fællestillidsrepræsentant/suppleant anmeldes hermed i henhold til TR-reglerne.

Den / 20

For organisation \_\_\_\_\_

### Undertegnede TR har deltaget i valget:

Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____
Navn: _____	Inst.: _____

### Fællestillidsrepræsentanten har tidligere deltaget i følgende FTR-kurser::

Kursus: _____	Dato: _____
Kursus: _____	Dato: _____
Kursus: _____	Dato: _____
Kursus: _____	Dato: _____

**Skemaet sendes til: BUPL FYN, Bornholmegade 1, 5000 Odense C**

Når fagforeningen har godkendt valget, fremsendes meddelelse til arbejdsgivers accept.

Skema udfyldes både ved nyvalg og genvalg. Valgperioden er som hovedregel 2 år.

Oplysningerne på denne side er kun til brug for BUPL.

**Undertegnede TR har deltaget i valget:**

Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:
Navn:	Inst.:

**Fællestillidsrepræsentanten har tidligere deltaget i følgende FTR-kurser:**

Kursus:	Dato:
Kursus:	Dato:
Kursus:	Dato:
Kursus:	Dato:

**Skemaet sendes til: BUPL FYN, Bornholmegade 1, 5000 Odense C**

Når fagforeningen har godkendt valget, fremsendes meddelelse til arbejdsgivers accept.

Skema udfyldes både ved nyvalg og genvalg. Valgperioden er som hovedregel 2 år.

Oplysningerne på denne side er kun til brug for BUPL.

