

Denne anmeldelse af valg af leder-tillidsrepræsentant fremsendes til BUPL Nordjylland. Herfra vil man, efter godkendelse af valget, fremsende meddelelse til arbejdsgiverens accept. Når fristen for arbejdsgiverens evt. indsigelse mod valget er udløbet, vil institutionen modtage besked fra afdelingen om valgets gyldighed.

VALG AF LEDER TILLIDSREPRÆSENTANT (LTR)

I henhold til de mellem ARF/KL/FKKA og KTO indgåede tillidsrepræsentantregler – TR 89

Kommune: _____

Forvaltning: _____

Valget er foretaget den: _____

Som leder-tillidsrepræsentant valgtes:

Navn: _____

Adresse: _____

Cpr. nr.: _____

Telefon: _____

Institution: _____

Job mail: _____

Genvalg

Nyvalg (se bagsiden)

Som suppleant valgtes:

Navn: _____

Adresse: _____

Cpr. nr.: _____

Telefon: _____

Institution: _____

Job mail: _____

Genvalg

Nyvalg (se bagsiden)

Valget af leder-tillidsrepræsentant samt suppleant er godkendt (**BUPL's påtegning**):

For BUPL: _____ Dato: _____

Valget af leder-tillidsrepræsentant samt suppleant er godkendt: (**Kommunens påtegning**)

For kommune: _____ Dato: _____

Denne anmeldelse af valg af leder-tillidsrepræsentant fremsendes til BUPL Nordjylland. Herfra vil man, efter godkendelse af valget, fremsende meddelelse til arbejdsgiverens accept. Når fristen for arbejdsgiverens evt. indsigelse mod valget er udløbet, vil institutionen modtage besked fra afdelingen om valgets gyldighed.

Undertegnede har deltaget i valget:

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Navn: _____ Cpr.: _____

Leder-tillidsrepræsentanten erstatter:

Navn:
Adresse:
Cpr. nr.:
Telefon:
Institution:

Suppleanten erstatter:

Navn:
Adresse:
Cpr. nr.:
Telefon:
Institution: