

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

VALG AF LEDER - TILLIDSREPRÆSENTANT

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: _____

Genvalg

Nyvalg (se bagsiden)

Som suppleant valgtes:

Navn: _____

Adresse: _____

Cpr. nr.: _____

Telefon: _____

Institution: _____

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 det lokale fagforeningskontor. Herfra vil man, efter godkendelse af valget, fremsende meddelelse til arbejdsgiverens accept. Når fristen for arbejdsgiverens evt. indsigelse mod valget er overstået, 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:

Denne anmeldelse af valg af leder-tillidsrepræsentant fremsendes til det lokale fagforeningskontor. Herfra vil man, efter godkendelse af valget, fremsende meddelelse til arbejdsgiverens accept. Når fristen for arbejdsgiverens evt. indsigelse mod valget er overstået, 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.: _____
Navn: _____	Cpr.: _____
Navn: _____	Cpr.: _____
Navn: _____	Cpr.: _____
Navn: _____	Cpr.: _____

Blanketten RETURNERES til: BUPL, Niels Jernes Vej 8 B, 9220 Aalborg Øst – **Inden 3 uger**