

**Valget omfatter ansatte på BUPL-overenskomst i følgende institutioner:**

Institutionens stempel:

**Ved valgforbund:**

Institutionens stempel inst. nr. 2:

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr. og by: \_\_\_\_\_

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

Mail: \_\_\_\_\_

Selvejende     Kommunal     Andet

Kommune: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr. og by: \_\_\_\_\_

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

Mail: \_\_\_\_\_

Selvejende     Kommunal     Andet

Kommune: \_\_\_\_\_

**Valget er foretaget den            /            20**

**Som tillidsrepræsentant 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 TR**

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 TR-suppleant**

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

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

**Udfyldes af BUPL**

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

Den            /            20

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

## Hvor mange ansatte på BUPL-overenskomst har institutionen/institutionerne:

Institution: \_\_\_\_\_ BUPL: \_\_\_\_\_

Ved valgforbund inst. 2: \_\_\_\_\_ BUPL: \_\_\_\_\_

## Undertegnede har deltaget i valget:

Institution: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

## Ved valgforbund:

Institution: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Org.: \_\_\_\_\_

## Tillidsrepræsentanten har tidligere deltaget i følgende TR-kurser::

Kursus: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Kursus: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Kursus: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Kursus: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

## Skemaet sendes til: BUPL FYN, Bornholmsgade 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.