

Valg af  
**TILLIDS** repræsentant for ledere

B U P L



LEDERFORENINGEN  
FYN

**Valget omfatter ansatte på BUPL leder-overenskomst**

Kommune: \_\_\_\_\_  0-6 år  SFO  Klub  Spec. inst.  Øvrig

Institutionens navn: _____	
Adresse: _____	Postnr. og by: _____
Tlf.: _____	Mail: _____
Kommune: _____	<input type="checkbox"/> Kommunal <input type="checkbox"/> Andet

**Valget er foretaget den / 20**

**Som leder-tillidsrepræsentant er valgt:**

Navn: \_\_\_\_\_ CPR-nr: \_\_\_\_\_  Nyvalg  Genvalg  
Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr. og by: \_\_\_\_\_  
Dato for ansættelse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Tidligere leder-TR**

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

**Som leder-suppleant er valgt:**

Navn: \_\_\_\_\_ CPR-nr: \_\_\_\_\_  Nyvalg  Genvalg  
Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr. og by: \_\_\_\_\_  
Dato for ansættelse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Tidligere leder-TR-suppleant**

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

**Udfyldes af BUPL**

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

Den / 20

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

