



Denne anmeldelse af valg af 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 afd. om valgets gyldighed. Valget omfatter ansatte på BUPL-overenskomst i institutionen/erne.

## Valg af tillidsrepræsentant (TR) / tillidsrepræsentant på flere matrikler (OTR)

*I henhold til de mellem ARF/KL/FKKA og KTO indgåede tillidsrepræsentantregler – TR89*

Kommune: Kommunal  Selvejende

Institution: (Inst. stempel)  _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	TR/OTR på flere matrikler:  Distrikt: _____ Inst.: _____ Inst.: _____ Inst.: _____ Inst.: _____ Inst.: _____ Inst.: _____ Inst.: _____	Hvis selvejende: bestyrelsens adresse:  _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	---	--

Valget er foretaget den. \_\_\_\_\_

### Som tillidsrepræsentant valgtes:

- Genvalg  
 Nyvalg (se bagsiden)

Navn: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Cpr. nr.: \_\_\_\_\_  
 Tlf./mobil: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Institution: \_\_\_\_\_

### Som suppleant valgtes:

- Genvalg  
 Nyvalg (se bagsiden)

Navn: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Cpr. nr.: \_\_\_\_\_  
 Tlf./mobil: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Institution: \_\_\_\_\_

Valget af tillidsrepræsentant samt suppleant er godkendt:

For BUPL: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Valget af tillidsrepræsentant samt suppleant er godkendt:

For kommune: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

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

Tillidsrepræsentanten erstatter:

Suppleanten erstatter:

Navn:

Navn:

Cpr.:

Cpr.:

Tillidsrepræsentanten har tidligere deltaget på følgende TR-kurser:

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

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

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

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

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

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

**Skemaet returneres til:**

BUPL Nordjylland  
Niels Jernes Vej 8 B  
9220 Aalborg Øst

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

Skemaet udfyldes både ved nyvalg og genvalg.

Oplysningerne på denne side er kun til brug for BUPL.