



Nordjylland

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: