



### 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 \_\_\_\_\_

**Ledere, som er medlem af BUPL og omfattet af BUPL's overenskomst, kan deltage i valget af tillidsrepræsentant.**

Antal \_\_\_\_\_ deltog i valget den \_\_\_\_\_

Navn	Organisation	Institution

**Har den valgte tidligere deltaget i BUPL's TR-uddannelse(r)? Hvilke?**

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

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

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

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

## Undertegnede leder har deltaget i valget:

Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:
Navn:	Organisation:	Institution:

**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.

