

## ANMELDelse AF SUPPLEANT FOR TILLIDSREPRÆSENTANT

DET MEDDELES HERMED, AT

NAVN:	CPR.NR.:
STILLING:	ARBEJDSPLADS:

ER VALGT SOM **SUPPLEANT FOR TILLIDSREPRÆSENTANT** FOR

FAGLIG ORGANISATION:
FØLGENDE ARBEJDSPLADSER/INSTITUTIONER:
TILLIDSREPRÆSENTANTENS NAVN:

VALGET ER SKET DEN \_\_\_\_, MED VIRKNING FRA DEN \_\_ O G DER ER TALE OM (SÆT X)

NYVALG:	GENVALG:
OBS – HVEM STOPPER: NAVN: CPR.NR.:	

ANTAL MEDARBEJDERE DER REPRÆSENTERES:	<i>(ANTAL ANSATTE ANFØRES – DOG MINIMUM 5)</i>	
ER DER TILLAGT FORHANDLINGSKOMPETENCE?	JA:	NEJ:

ER DU OGSÅ **MED-REPRÆSENTANT** UDFYLDDES NEDENSTÅENDE FELTER:

**SÆT X**

Hvilke udvalg er du medlem af?	HOVEDUDVALG	
	FAG MED	
	LOKAL MED	

HAR DU GENNEMFØRT MED-uddannelsen?	JA:	NEJ:
	Hvis JA – HVORNÅR?	Hvis NEJ – KONTAKT TRGUN@MARIAGERFJORD.DK

Skemaet sendes til den faglige organisation, der herefter anmelder valget overfor Mariagerfjord Kommune.

*Bemærk: Valget er først endeligt godkendt, når Mariagerfjord Kommune har modtaget anmeldelsen fra den faglige organisation og ikke indenfor en frist af 3 uger herefter har gjort indsigelse mod valget.*

<i>Den faglige organisations anmeldelse:</i>	
Dato:	Stempel og underskrift:

Indsendes til Mariagerfjord Kommune, Løn og Personale, Ndr. Kajgade 1, 9500 Hobro –