

Anmälan om fackligt förtroendevald

Vänligen texta tydligt och använd ej blyertspenna. Kryssa för det uppdrag som valet avser.

Datum:

- Arbetsplatsombud - 2år
 Försäkringsinformatör - 3år

Fakta om den som valts:

| | |
|--------------------|---------|
| Namn | |
| Personnummer | |
| Adress | |
| Postnummer | Postort |
| Telefon | Mobil |
| E-post | |
| Underskrift | |

| | |
|---------------------|---------|
| Arbetsgivare | |
| Arbetsplats | |
| Organisationsnummer | |
| Adress | |
| Postnummer | Postort |

Var god vänd och fyll i namn och personnummer från de anställda HRF medlemmar på arbetsplatsen som valt ovanstående HRF medlem till fackligt förtroendeuppdrag.

