

Utbildning för skyddsombud

Kurs – och ledighetsansökan

Kurs och medlemsuppgifter:

Kursens namn: _____ Kurstid:...../...../..... 20.....

Kursplats: _____

Namn: _____ Personnr: -

Adress: _____ Telefon _____

Postnr: _____ Postadress: _____ E-mail: _____

Fackligt uppdrag: _____

Allergier, önskemål ang kost: _____

Ledighet och ersättning enligt:

Arbetsmiljölagen kap 6 5 § och Förtroendemannalagen 7 §

Arbetsgivaruppgifter:

Arbetsplatsens namn: _____ Avtalsområde: _____

Organisationsnummer: _____ Arbetsgivare namn: _____

Fakturaadress: _____ Telefon: _____

Postnummer: _____ Postadress: _____

Ledigheten beviljas; Ja Nej Om nej, ange orsak: _____

Lön beviljas; Ja Nej Om nej, ange orsak _____

Står för samtliga kurskostnader; Ja Nej Om nej, ange orsak _____

Datum: _____ Underskrift ansvarig arbetsledare _____

Avdelningens rekommendation;

Tillstyrker Avslås

Varför bör medlemmen få gå; _____

Godkänd av; _____

Förbundets rekommendation;

Tillstyrkes Avslås

Signatur _____

Kursanmälan sänds till din avdelning

Adresser till HRF:s lokala avdelningar finns på vår hemsida, www.hrf.net

Välkommen med din ansökan!