

Datum:



ROBERTSFORS
KOMMUN

Anmälan av skyddsombud/fackligt ombud

Uppgifter om skyddsombud/fackligt ombud

Förnamn:		Efternamn:	
Personnummer:		Telefonnummer:	
E-post:		Facklig organisation:	

Typ av ombud:

- Lokalt skyddsombud Huvudskyddsombud
 Fackligt ombud/arbetsplatsombud

Ombudet är:

- Nyvalt Omvalt Ersättare Har avgått

För mandatperioden:

Datum från:		Datum till:	
-------------	--	-------------	--

Uppgifter om arbetsstället

Arbetsställets namn:		Organisations nr:	212000-2551
Utdelningsadress:		Postnummer:	
Ort:			

Finns skyddskommitté?

- Ja Nej

Mandat för fackligt ombud:

- MBL §11 MBL §19 MBL §12 Samverkan Teckna LOK

Uppgifter om uppgiftslämnare

Uppgiftslämnare namn:	
Telefonnummer:	
E-postadress:	