

Anmeldelse af tillids- og arbejdsmiljørepræsentant

Sæt kryds	(Sæt kun kryds ved én af mulighederne på denne blanket)
<input type="checkbox"/>	Ny fællestillidsrepræsentant
<input type="checkbox"/>	Ny fællestillidsrepræsentant suppleant
<input type="checkbox"/>	Ny tillidsrepræsentant
<input type="checkbox"/>	Ny tillidsrepræsentant suppleant
<input type="checkbox"/>	Ny arbejdsmiljørepræsentant

Anmeldelsen har virkning
fra den ___ / ___ _____

Mail blanketten til
hkkf@hkkf.dk
(Scannet med underskrift)

Eller send til: HKKF,
Herstedøstervej 27 B, 1,
2620 Albertslund

Felterne udfyldes med blokbogstaver

Fornavn(e):		CPR nr.	
Efternavn(e):			
Privatadresse			
Postnr.:	By:		
Tlf. privat:	Mobil privat:		
Tlf. til hjemmesiden:	Mailadresse		
Klub:	Tjenestegørende ved (BTN/UAFD eller tjeneste)		
Enhedens navn	Myndighedschefens, grad og navn		
Enhedens adresse			
Postnr:	Tjeneste telefon (husk lokal nr.)		

Afgang (ovenstående erstatter):

Fornavn(e)	CPR nr.
Efternavn(e)	

Blanketten underskrives af fællestillidsrepræsentanten/tillidsrepræsentanten, der ved sin underskrift bekræfter rigtigheden af oplysningerne samt at ovenstående er valgt/udpeget i henhold til cirkulære om tillidsrepræsentanter i staten.

Fællestillidsrepræsentanten/tillidsrepræsentantens underskrift

