



Anmeldelsesblanket af arbejdsmiljørepræsentant

På nedennævnte arbejdsplads

Institution: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____

By: _____

Tlf.: _____

Lokal nr.: _____

Der er foretaget valg den: _____

Er der som arbejdsmiljørepræsentant

valgt

genvalgt

Stilling: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr: _____

By: _____

CPR-nr. _____

e-mail: _____

Tlf.: _____

Antal ansatte (inkl. elever, vikarer, deltidsansatte m.fl.) arbejdsmiljørepræsentanten repræsenterer: _____

Er valget af arbejdsmiljørepræsentanten sket i samarbejde med andre faggrupper, angives hvilke:

Er tilmeldt lovpligtig arbejdsmiljøuddannelse:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Har deltaget i lovpligtig arbejdsmiljøuddannelse :	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Er medlem af sikkerhedsudvalg:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Hoved udvalget niveau 1 (HMU)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
LMU – niveau 2 – sektor, forvaltning	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
LMU – niveau 3 – lokale Med- udvalg	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

Valgdato: _____

Underskrift _____

Evt. tidligere arbejdsmiljørepræsentant på stedet:

Stilling: _____

CPR-nr. _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr: _____

By: _____

Tlf.: _____

e-mail: _____

Som arbejdslederrepræsentant i sikkerhedsgruppen er udpeget:

Stilling: _____ CPR-nr. _____
Navn: _____
Adresse: _____
Postnr: _____ e-mail: _____

Er tilmeldt lovpligtig arbejdsmiljøuddannelse:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Har deltaget i lovpligtigt arbejdsmiljøuddannelse :	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Er medlem af sikkerhedsudvalg:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Hoved udvalget niveau 1 (HMU)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
LMU – niveau 2 – sektor, forvaltning	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
LMU – niveau 3 – lokale Med- udvalg	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

Evt. tidligere arbejdslederrepræsentant på stedet:

Stilling: _____ CPR-nr. _____
Navn: _____
Adresse: _____
Postnr: _____ By: _____

Skemaet bedes udfyldt tydeligt (blokbogstaver) og indsendes til:

Kost & Ernæringsforbundet
Holmbladsgade 70
2300 København K
Att: Gitte Borup Hansen