



## Anmeldelse af tillidsrepræsentant/tillidsrepræsentantsuppleant

### På nedennævnte arbejdsplads

Institution: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr.: \_\_\_\_\_

By: \_\_\_\_\_

Tlf.: \_\_\_\_\_

Lokal nr.: \_\_\_\_\_

### Der er foretaget valg den: \_\_\_\_\_

Som tillidsrepræsentant er valgt:

Genvalgt:

Navn: \_\_\_\_\_

Stilling \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr.: \_\_\_\_\_

By: \_\_\_\_\_

Tlf.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

CPR-nr: \_\_\_\_\_

### Tidligere tillidsrepræsentant på arbejdspladsen:

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr.: \_\_\_\_\_

By: \_\_\_\_\_

Tlf.: \_\_\_\_\_

CPR-nr. \_\_\_\_\_

Ingen tidligere tillidsrepræsentanter på arbejdspladsen:

Som tillidsrepræsentantsuppleant er valgt:

Genvalgt:

Navn: \_\_\_\_\_

Stilling: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_

By: \_\_\_\_\_

Tlf.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Cpr.nr: \_\_\_\_\_

**Tidligere tillidsrepræsentantsuppleant på arbejdspladsen:**

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Tlf.: \_\_\_\_\_ CPR-nr. \_\_\_\_\_

**Ingen tidligere suppleant på arbejdspladsen:**

Omfatter valget af tillidsrepræsentant flere arbejdspladser, angives hvilke:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Er du medlem af MED-udvalg:	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"/>

**Skemaet bedes udfyldt tydeligt (blokbogstaver) og returneres til:**

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

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_