

## 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 lovpligtigt arbejdsmiljøuddannelse :	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Er medlem af arbejdsmiljøudvalg:	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