



## Anmälan om val av arbetarskyddsfullmäktige

Arbetsplatsens namn: \_\_\_\_\_ Valdatum: \_\_\_\_\_  
Avtalsbransch: \_\_\_\_\_ Verksamhetsperiod (år): \_\_\_\_\_  
Antalet arbetstagare: \_\_\_\_\_ Arbetsgivarens underskrift: \_\_\_\_\_  
Fackavdelning: \_\_\_\_\_ Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

### Arbetarskyddsfullmäktige

Namn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Posten skickas till adressen: \_\_\_\_\_  
E-post till arbete: \_\_\_\_\_ Tfn till arbete: \_\_\_\_\_  
E-post hem: \_\_\_\_\_ Telefon hem/mobil: \_\_\_\_\_  
Uppdraget sköttes tidigare av: \_\_\_\_\_  
Arbetarskyddsfullmäktiges underskrift\*: \_\_\_\_\_

### Första vicefullmäktig

Namn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Posten skickas till adressen: \_\_\_\_\_  
E-post till arbete: \_\_\_\_\_ Telefon till arbete: \_\_\_\_\_  
E-post hem: \_\_\_\_\_ Telefon hem/mobil: \_\_\_\_\_  
Uppdraget sköttes tidigare av: \_\_\_\_\_  
Första vicefullmäktigs underskrift\*: \_\_\_\_\_

### Andra vicefullmäktig

Namn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Posten skickas till adressen: \_\_\_\_\_  
E-post till arbete: \_\_\_\_\_ Telefon till arbete: \_\_\_\_\_  
E-post hem: \_\_\_\_\_ Telefon hem/mobil: \_\_\_\_\_  
Uppdraget sköttes tidigare av: \_\_\_\_\_  
Andra vicefullmäktigs underskrift\*: \_\_\_\_\_

\*Genom min underskrift förbinder jag mig att mottaga Finlands Livsmedelsarbetares förbunds samt arbetslöshetskassans medlemsansökningar.

**Fyll i och skriv ut blanketten och ge den till arbetsgivaren för underskrift.** Originalen blir hos arbetsgivaren, en kopia åt arbetarskyddsfullmäktige och en annan kopia skickas till distriktskontorets byråsekreterare per post eller som bilaga via e-post. Distriktskontorets kontaktuppgifter: [www.selry.fi/yhteystiedot](http://www.selry.fi/yhteystiedot)

Skriv ut blanketten

Tömm blanketten