|  |  |
| --- | --- |
|  | **Returneras till:** UNDERVISNINGSSEKTORNS FACKORGANISATION OAJMedlemsregistretPB 20, 00521 HELSINGFORS eller med kontaktformulär på [https://yhteydenotto.oaj.fi](https://yhteydenotto.oaj.fi/index?lang=sv) |
|  |
|  |  |

**ANMÄLAN OM OAJ:S ARBETARSKYDDSFULLMÄKTIGE**

*Meddela arbetarskyddsregistret om samarbetspersonerna på arbetsplatsen (personalens representanter). Tillsammans med anmälan skickas också en* ***kopia av protokoll*** *från möte eller arbetarskyddsval där valet av samarbetsperson framgår. Skicka den här blanketten tillsammans med protokollet som bilagor till ett kontaktformulär eller undertecknat per post.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Arbetarskyddsfullmäktig  | Mandatperiod (dd.mm.åååå - dd.mm.åååå) |
|  |  | Första vice fullmäktig | Mandatperiod: |
|  |  | Andra vice fullmäktig | Mandatperiod: |
|  |  | Medlem i arbetarskyddskommissionen | Mandatperiod: |
|  |  | Vicemedlem i arbetarskyddskommissionen | Mandatperiod: |
|  |  | Arbetarskyddsombudsman | Mandatperiod: |

|  |
| --- |
| Födelsetid eller medlemsnummer  |
| Efternamn och tilltalsnamn  |
| Adress  |
| Postnummer och postanstalt  |
| Telefon, förstahandsval  |
| Telefon, andrahandsval  |
| E-postadress  |
| Skola, läroanstalt, daghem  |
| Arbetsgivare (kommun, aktiebolag, förening mm.)  |
|  |
| **Föregående samarbetsperson:**  |
|  |
| Födelsetid eller medlemsnummer  |
| Efternamn och tilltalsnamn |

Ort och datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_