

ARBETSPLATSENS ARBETARSKYDDSVÅL

Arbetsplats _____

Tid _____ / _____ - _____ / _____ 20 _____

RÖSTNINGSPLATSER

Plats _____ dag _____ kl _____ - _____

Plats _____ dag _____ kl _____ - _____

Plats _____ dag _____ kl _____ - _____

KANDIDATER TILL ARBETARSKYDDFULLMÄKTIG

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

KANDIDATER TILL VICE ARBETARSKYDDFULLMÄKTIG

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

VALBESTYRELSE _____ / _____ 20 _____