

MODELLER FÖR VALMATERIAL

Arbetarskyddsval

Röstsedlar



Arbetskyddsvalet



Arbetskyddsombud



Arbetskyddskommitté eller andra samarbetsorgan



Arbetskyddskommittés eller andra samarbetsorgans suppleanter

Anvisningar



Valanvisning

Kandidat



Blankett för samtycke

Annonser till anslagstavlan



Valaffisch



Väggaffisch om arbetskyddsvalet

MODELLER FÖR VALMATERIAL

Annonsen till anslagstavlan

Industri facket
ARBETSPLETSSENS ARBETARSKYDDSVÄL

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 _____

KANDIDATER TILL VICE ARBETARSKYDDFULLMÄKTIG

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____
Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____
Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____
Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

VALBESTYRELSE _____ / _____ / 20_____

Kandidater och
röstningsplatser i
arbetarskyddsval

Industri facket

VAL AV ARBETARSKYDDSOMBUD

Arbetsplats _____
Tid _____ / _____ / 20_____

RÖSTNINGSPLATSER

Plats _____ dag _____ kl _____
Plats _____ dag _____ kl _____
Plats _____ dag _____ kl _____
Plats _____ dag _____ kl _____

KANDIDATER

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____
Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____
Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____
Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

VALBESTYRELSE _____ / _____ / 20_____

Kandidater och
röstningsplatser i val
av arbetarskydds-
ombud

Industri facket

**Arbetsplatsens
VAL AV ARBETARSKYDDSKOMMITTE
ELLER ANNAT SAMARBETSORGAN**

Arbetsplats _____
Tid _____ / _____ / 20_____

RÖSTNINGSTID OCH PLATS

Plats _____ dag _____ kl _____

**VALMÄNDAR FÖR ARBETARSKYDDSKOMMITTE
ELLER ANNAT SAMARBETSORGAN**

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____
Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____
Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____
Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____
Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

**VALMÄNDAR FÖR ERSÄTTARE AV ARBETARSKYDDSKOMMITTE
ELLER ANNAT SAMARBETSORGAN**

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____
Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____
Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____
Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

VALBESTYRELSE _____ / _____ / 20_____

Kandidater och
röstningsplatser i val
av arbetar-
skyddskommitté
eller annat
samarbetsorgan

Industri facket

**ARBETARSKYDDSFULLMÄKTIGE
på arbetsplatsen**

ARBETARSKYDDSFULLMÄKTIG

Namn _____
Telefon _____
Ansättningsplats _____
Plats _____ kl _____

1. VICE ARBETARSKYDDSFULLMÄKTIG

Namn _____
Telefon _____
Ansättningsplats _____
Plats _____ kl _____

2. VICE ARBETARSKYDDSFULLMÄKTIG

Namn _____
Telefon _____
Ansättningsplats _____
Plats _____ kl _____

Valda arbetar-
skyddsfullmäktige

Annat valmaterial

INDUSTRIFACKET ARBETARSKYDDSVÄLET

Protokoll

Protokoll över valet av arbetarskydds-personer

Det dokument är posthinder påbegripes bör beaktas, att röstingsresultatet
här inte är tillräckligt för att göra ett slutligt beslut. Under pro-
cessen i samband med valet ska ni regelbundet uppdatera om resultatet in-
om nödvändigt i samband med valet.

Arbetsplatsens namn _____
Tid _____ / _____ / 20_____

Som mötesordförande fungerade _____
och som sekreterare _____

Nävarande var följande medlemmar i valkommittén:

11 Mittdokumentets vers lagligt sammanhållet och bekräftat.
12 Konstaterades att följande personer ställt upp som kandidater

Uppdrag _____

1/1

Protokoll över valet av
arbetarskydds-
personer

Teollisuus liitto

**SIKORTUS TYÖSUOJELVALTUUKIRJEITA
ANSÄLÄIN OIK ARBETARSKYDDFULLMÄKTIGT**

Arbetsplats _____
Tid _____ / _____ / 20_____

KANDIDATUPPLISTA

Nr _____	Förnamn _____	Efternamn _____
Nr _____	Förnamn _____	Efternamn _____
Nr _____	Förnamn _____	Efternamn _____
Nr _____	Förnamn _____	Efternamn _____

VALBESTYRELSEN

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____
Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____
Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Anmälan om arbetar-
skyddsfullmäktige

Teollisuus liitto

**Siikortus työsuoja-aikamäärästä
Meddelande om arbetarskyddsombud**

Arbetsplats _____
Tid _____ / _____ / 20_____

Namn _____	Tid _____ / _____ / 20_____
Telefon _____	
Ansättningsplats _____	
Plats _____ kl _____	

1. VICE ARBETARSKYDDSOBJUD

Namn _____	Tid _____ / _____ / 20_____
Telefon _____	
Ansättningsplats _____	
Plats _____ kl _____	

2. VICE ARBETARSKYDDSOBJUD

Namn _____	Tid _____ / _____ / 20_____
Telefon _____	
Ansättningsplats _____	
Plats _____ kl _____	

Meddelande om
arbetarskyddsombud