

Nido tämä liite kiinni työsuojeluvaltuutetun ilmoitukseen.
Nita fast denna bilaga med arbetarskyddsfullmäktigemeddelandet.

Toimikausi / Mandatperiod		Ammattiosaston nro / Fackavdelningens nr
Työpaikan täydellinen nimi / Arbetsplatsens fullständiga namn		
Työsuojeluasiamies / Arbetarskyddsombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Vara-asiamies / Vice-ombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Työsuojeluasiamies / Arbetarskyddsombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Vara-asiamies / Vice-ombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Työsuojeluasiamies / Arbetarskyddsombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Vara-asiamies / Vice-ombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Työsuojeluasiamies / Arbetarskyddsombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Vara-asiamies / Vice-ombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Työsuojeluasiamies / Arbetarskyddsombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Vara-asiamies / Vice-ombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Työsuojeluasiamies / Arbetarskyddsombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Vara-asiamies / Vice-ombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Työsuojeluasiamies / Arbetarskyddsombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Vara-asiamies / Vice-ombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Työsuojeluasiamies / Arbetarskyddsombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Vara-asiamies / Vice-ombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Työsuojeluasiamies / Arbetarskyddsombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Vara-asiamies / Vice-ombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Työsuojeluasiamies / Arbetarskyddsombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>
Vara-asiamies / Vice-ombud	Syntymäaika tai jäsenno / Födelsedatum eller medlemsnr	Liiton nro <input type="text"/> Förbunds nr <input type="text"/>

Teie ilmoitus työnantajalle ja toimita alkuperäinen kappale aluetoimistoon työpaikan työsuojeluvaltuutetun ilmoituksen liitteenä.

Gör en anmälan till arbetsgivaren och skicka originalet till regionbyrån som bilaga till arbetsplatsens meddelande om arbetarskyddsfullmäktige.