



Palvelualojen
ammattiliitto
Servicefacket

ANMÄLAN OM VAL AV ARBETARSKYDDSFULLMÄKTIG/ARBETARSKYDDSOMBUD

Företagets officiella namn	FO-nummer
Företagets adress	
Postnummer och -ort	Arbetsgivarens e-postadress
Arbetsplatsens namn	
Arbetsplatsens bransch	Antal verksamhetsställen
Antal arbetstagare som representeras/bransch	

Arbetskyddsfullmäktige för arbetstagarna	Födelsedatum
Tfn	E-post

Arbetstagarnas första ersättare	Födelsedatum
Tfn	E-post

Arbetstagarnas andra ersättare	Födelsedatum
Tfn	E-post

Arbetskyddsombudets namn	Verksamhetsområde
Arbetskyddsombudets namn	Verksamhetsområde
Arbetskyddsombudets namn	Verksamhetsområde
Arbetskyddsombudets namn	Verksamhetsområde
Arbetskyddsombudets namn	Verksamhetsområde



Palvelualojen
ammattiliitto
Servicefacket

ANMÄLAN OM VAL AV ARBETARSKYDDSFULLMÄKTIG/ARBETARSKYDDSOMBUD

Dessutom har följande representanter för personalen i arbetarskyddsfrågor valts

(exempelvis tjänstemäns, chefers eller andra yrkesgruppers representanter och deras ersättare)

Ange namn, födelsedatum och arbetarskyddsuppdrag:

Namn	Födelsedatum
Arbetarskyddsuppdrag/verksamhetsområde	
Tfn	E-post

Namn	Födelsedatum
Arbetarskyddsuppdrag/verksamhetsområde	
Tfn	E-post

Namn	Födelsedatum
Arbetarskyddsuppdrag/verksamhetsområde	
Tfn	E-post

Namn	Födelsedatum
Arbetarskyddsuppdrag/verksamhetsområde	
Tfn	E-post

Valkommitténs ordförandes underskrift

Skicka blanketten (2 sidor) till PAMs regionkontor direkt efter valet.