

Fravær for tillidsrepræsentanter

Navn	Cpr.nr.
	Stilling
	Institution/Hospital/Afdeling

Dato	Fra kl.	Til kl.	Fraværets art*

*Fraværet kan omfatte:

- deltagelse i tillidsrepræsentantkurser
- udførelse af organisationserhverv
- møder arrangeret af organisationen for tillidsrepræsentanter

Navn på faglig organisation	
Adresse	

Dato	Tillidsrepræsentantens underskrift
------	------------------------------------

Dato	Arbejdsgivers underskrift
------	---------------------------

NB! Blanketten indsendes til den HR /Løn- og personalefunktion, der betjener din arbejdsplads.