



## Anmeldelsesblanket for tillidsrepræsentanter

### Personlige oplysninger

#### Tillidsrepræsentant

|                     |  |                             |  |
|---------------------|--|-----------------------------|--|
| Medlemsorganisation |  |                             |  |
| Fulde navn          |  |                             |  |
| Gade/vej og nr.     |  |                             |  |
|                     |  |                             |  |
| Postnr. og by       |  |                             |  |
| Privat tlf.         |  | Arb. tlf. direkte/lokal nr. |  |
| Privat mobil tlf.   |  | Arb. mobil tlf.             |  |
| Privat e-mail       |  | Arb. e-mail                 |  |

#### Suppleant

|                     |  |                             |  |
|---------------------|--|-----------------------------|--|
| Medlemsorganisation |  |                             |  |
| Fulde navn          |  |                             |  |
| Gade/vej og nr.     |  |                             |  |
|                     |  |                             |  |
| Postnr. og by       |  |                             |  |
| Privat tlf.         |  | Arb. tlf. direkte/lokal nr. |  |
| Privat mobil tlf.   |  | Arb. mobil tlf.             |  |
| Privat e-mail       |  | Arb. e-mail                 |  |

## Oplysninger om valget

|   |  |                                  |  |
|---|--|----------------------------------|--|
| Valgdato  |  | Slutdato for valgperiode         |  |
| Valgmødets dirigent   |  |                                  |  |
| Antal stemmeberettigede som TR repræsenterer  |  | Antal deltagere i valghandlingen |  |
| Antal stemmer for TR  |  | Antal stemmer for suppleant      |  |
| Jeg/vi er valgt som (sæt x):  |  |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. Tillidsrepræsentant (TR) <span style="float: right;">dvs. hvis du alene repræsenterer dyrlæger</span>                           |  |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> 2. AC-tillidsrepræsentant (AC-TR) <span style="float: right;">dvs. hvis du repræsenterer flere organisationers medlemmer</span>    |  |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> 3. AC-fællestillidsrepræsentant (AC-FTR) <span style="float: right;">dvs. hvis du repræsenterer flere tillidsrepræsentanter</span> |  |                                  |  |
| Hvis du/I dækker medlemmer fra flere organisationer - angiv hvilke:   |  |                                  |  |
|   |  |                                  |  |

## Erstatter tidligere valgte

|  |  |                                    |  |
|--|--|------------------------------------|--|
| Erstatter du/I tidligere valgte TR/TR-suppleant (Ja/Nej)? _____<br>Hvis ja - hvem? |  |                                    |  |
| Tidligere TRs navn   |  | Organisation                       |  |
| Tidligere suppleants navn  |  | Organisation                       |  |
| Dato og TR's underskrift:  |  | Dato og TR-suppleants underskrift: |  |
|  |  |                                    |  |

## Oplysninger om arbejdsgiver

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Arbejdsgivers navn             |  |
| Arbejdsstedets navn            |  |
| Arbejdsstedets tlf. omstilling |  |
| Gade/vej og nr.                |  |
| Postnr. og by                  |  |

Efter modtagelse af denne anmeldelsesblanket, sender DDD en anmeldelse til din arbejdsgiver. Til hvilken adresse skal vi sende denne (sæt ét x)?

Samme adresse (angiv evt. attentionperson nedenfor)

Følgende adresse:

|                 |  |
|-----------------|--|
| Arbejdsgiver    |  |
| Gade/vej og nr. |  |
| Postnr. og by   |  |
| Attentionperson |  |

## Dækning af arbejdsgiver og arbejdssted(er)

I relation til oplysningen øverst på denne side om arbejdsgiver/arbejdssted bedes du/I angive nedenfor mere præcist, om TR-jobbet dækker flere fysiske arbejdssteder eller måske kun en del af ovenstående arbejdssted (sæt x).

- 1. Præcis den angivne arbejdsgiver og arbejdsstedet på den angivne adresse
- 2. Den angivne arbejdsgiver, men tillige dyrlæger på andre arbejdsstedsadresser (angiv hvilke nedenfor)
- 3. Kun en del af den angivne arbejdsgiver - fx afgrænset af afdelinger eller områder (beskriv afgrænsning nedenfor)

Hvis du/I har sat x i punkt 2 ovenfor: Angiv hvilke andre arbejdssteder med dyrlæger ansat du/I dækker. Arbejdssteder angives med telefonnr. til omstilling, navn og adresse (det kan være samme telefonnr., men anden adresse).

Hvis du/I har sat x i punkt 3 ovenfor: Beskriv evt. afgrænsning inden for arbejdsgiveren. Afgrænsninger angives så præcist som muligt - beskriv evt. hvilke andre områder/afdelinger, der er, end dem du dækker:

---

---

---

---

## Bemærkninger:

Bemærkninger er angivet på bagsiden (sæt x)