



Inbjudan

2026

BAM - Bättre arbetsmiljö

För att klara av sitt uppdrag som skyddsombud så har arbetsgivare och den fackliga organisationen ett gemensamt ansvar för att de som utses till skyddsombud får genomgå en grundläggande arbetsmiljöutbildning. Genomgång av lagar och förordningar som vi har som verktyg i uppdraget att bevaka, förbättra och försvara vår arbetsmiljö.

Grundutbildningen är på 40 studietimmar och omfattar 5 heldagar.

Utbildningens målgrupp

Skyddsombud på arbetsplatser och i klubbar.

Ekonomi

Bibehållna anställningsförmåner FML § 6-7 det vill säga ledigt med lön från arbetsgivaren.

Eventuella resor står arbetsgivaren för. Arbetsgivaren kommer att debiteras kursavgiften 8 000 kr. När det gäller BAM utbildningar som genomför i Vessigebro är kursavgiften 6 500 kr

Anmälan

Vänd på lappen, kryssa i vilket datum du önskar gå och fyll i dina uppgifter. Be din arbetsgivare skriva under för godkännande av din ledighet. Maila eller posta in anmälan till avdelningen.

Bekräftelse

Du får en bekräftelse 2 veckor innan utbildningsstart.

Har du inte mottagit någon bekräftelse 10 dagar innan utbildningen ska du kontakta avdelningen.

Vid frågor kontakta avdelningens studieansvarige, Peter Berntsson 076-849 00 08.

VÄND ->



Inbjudan

2026

Bättre arbetsmiljö, BAM

Kryssa i önskat utbildningstillfälle:

X	När	Vart	Arrangör	Sista anmälan
	25-26/2, 5/3, 11-12/3	Alvesta	ABF Södra Småland-Kalmar	28 jan
	3-5/3, 24-25/3	Värnamo	ABF Jönköping	16 feb
	24-26/3, 7-8/4	Jönköping	ABF Jönköping	27 feb
	13-14/4, 20/4, 27-28/4	Ljungby	ABF Kronoberg	16 mars
	5-6/5, 12/5, 19-20/5	Alvesta	ABF Södra Småland-Kalmar	7 april
	8-10/9, 22-23/9	Jönköping	ABF Jönköping	10 aug
	1, 7, 14, 21, 28/9	Vessigebro	ABF Halland	4 aug
	22-23/9, 29/9, 6-7/10	Alvesta	ABF Södra Småland-Kalmar	25 aug
	6-8/10, 20-21/10	Värnamo	ABF Jönköping	7 sep
	5, 12, 19, 26, 27/10	Vessigebro	ABF Halland	7 sep
	19-20/10, 26/10, 2-3/11	Ljungby	ABF Kronoberg	21 sep
	27-29/10, 10-11/11	Nässjö	ABF Jönköping	1 okt

Anmälan

Namn:

Personnr:

Telefon:

E-post:

Kostavvikelse:

För godkännande

.....

Arbetsgivarens underskrift

Faktureringsadress

.....

.....

.....