



KALLELSE BÄTTRE ARBETSMILJÖ 9-11 OCH 23-24 SEPT

Kallelse till Bättre arbetsmiljö (BAM)

Välkommen till **ABF Västerås** måndag den **9 september**.

Adress: Pilgatan 2, 721 30 Västerås

Kurstider är kl 9:00 - 16:00 alla dagar.

Allmän info om grundutbildning av skyddsombud 5 dgr

När en arbetsplats har fått ett nytt skyddsombud ska den fackliga organisationen eller de anställda anmäla det till arbetsgivaren. Arbetsgivaren och facket har ett gemensamt ansvar för att det nya skyddsombudet får den utbildning hen behöver för att klara sina uppgifter.

Målgrupp

Skyddsombud som inte genomgått grundutbildning.

Kurslängd

Kursen är på 40 timmar fördelat på 5 heldagar.

Ekonomi

Arbetsgivaren står för lön under hela utbildningen (FML § 7).
GS som anordnare står för material, ledare, lokal, kaffe och lunch samt administration.

Deltagaravgift

7 000 kr/deltagare. Arbetsgivaren står för kostnaden. Ev. övernattnig och reseersättning sker i samråd med arbetsgivaren. Detta är en kostnad som arbetsgivaren står för.



KURSANMÄLAN TILL GS AVD 5

Kursanmälan senast oss tillhanda 12 augusti .

Skriv tydligt!

Fyll i samtliga uppgifter och skicka anmälan till avdelningen, se adress längst ned på sidan.

Utbildningens namn: _____

Datum: _____ Plats: _____

Personuppgifter _____ Namn: _____

Gatuadress: _____

Postnr: _____ Postort: _____

Personnummer: _____ Mobilnummer: _____

E-post: _____

Särskilda önskemål/kost: _____

Anmälan gjord av (namn och telefon): _____

Genom denna ansökan godkänner deltagaren att deltagarens uppgifter, som namn, kontaktuppgifter samt eventuella kostönskemål, kan lämnas ut till våra externa samarbetspartners, såsom hotell/konferensanläggningar, resebolag, restauranger/catering. Anledningen är för att vi ska kunna erbjuda deltagaren utbildningen/konferensen samt vid behov boka resor, kost och logi i samband med kursdeltagandet.

Anmälan skickas till:

GS avd 5 Södra Svealand
Byggfackens hus
Riagatan 51
702 43 Örebro

Eller mailas till:

avdelning5@gsfacket.se



INTYG FRÅN ARBETSGIVAREN

Intyg från arbetsgivare gällande BAM oss tillhanda senast 12 aug.

Härmed intygas att: _____ Personnr: _____

Får delta i kursen: _____

Datum och plats för kurs: _____

Viktigt! Faktureringsadress med organisationsnummer:

Arbetsgivaren förbinder sig härmed att betala deltagaravgiften.

Datum

Arbetsgivarens underskrift

Telefon/E-post

Arbetsgivarens namnförtydligande
