

Arbetsplats

Arbetsplats			FO-nummer		
Huvudspråk <input type="checkbox"/> Finska <input type="checkbox"/> Svenska		Arbetsgivarförbund		Antal anställda	Tillfällig arbetsplats upphör (mån/år)
Postadress		Postnummer		Postanstalt	
Besöksadress			Placeringsort		
Telefon			Fax		
Arbetarskyddssamarbete <input type="checkbox"/> Arbetarskyddskommission <input type="checkbox"/> Annan samarbetsform <input type="checkbox"/> Saknas				Mandatperiod	

Företagshälsovårdsproducent

<input type="checkbox"/> Arbetsgivaren		<input type="checkbox"/> Kommunal HVC		<input type="checkbox"/> Annan	
Företagshälsovårdsproducentens namn				Telefon	
Postadress		Postnummer		Postanstalt	

Arbetarskyddspersoner

<input type="checkbox"/> Arbetsgivarrepresentant	<input type="checkbox"/> Arbetstagarrepresentant	<input type="checkbox"/> Funktionsrepresentant	<input type="checkbox"/> I huvudtjänst	Annan uppgift	
<input type="checkbox"/> Arbetarskydds- chef	<input type="checkbox"/> Arbetarskydds- fullmäktig	<input type="checkbox"/> 1 Vicefullmäktig	<input type="checkbox"/> 2 Vicefullmäktig	<input type="checkbox"/> Medl. av arb.skydds kommission el motsv.	
Namn			Födelsedatum		Modersmål <input type="checkbox"/> Finska <input type="checkbox"/> Svenska
Fackförbund			<input type="checkbox"/> Erhållet grundutbildning i arbetarskydd	Utbildningen arrangerad av	
Arbetsplats			<input type="checkbox"/> Uppg. får ej lämnas ut	E-post	<input type="checkbox"/> E-post förbud
Postadress		Postnummer		Postanstalt	

Kontaktuppgifter

<input type="checkbox"/> Arbetsgivarrepresentant	<input type="checkbox"/> Arbetstagarrepresentant	<input type="checkbox"/> Funktionsrepresentant	<input type="checkbox"/> I huvudtjänst	Annan uppgift	
<input type="checkbox"/> Arbetarskydds- chef	<input type="checkbox"/> Arbetarskydds- fullmäktig	<input type="checkbox"/> 1 Vicefullmäktig	<input type="checkbox"/> 2 Vicefullmäktig	<input type="checkbox"/> Medl. av arb.skydds kommission el motsv.	
Namn			Födelsedatum		Modersmål <input type="checkbox"/> Finska <input type="checkbox"/> Svenska
Fackförbund			<input type="checkbox"/> Erhållet grundutbildning i arbetarskydd	Utbildningen arrangerad av	
Arbetsplats			<input type="checkbox"/> Uppg. får ej lämnas ut	E-post	<input type="checkbox"/> E-post förbud
Postadress		Postnummer		Postanstalt	

Kontaktuppgifter

<input type="checkbox"/> Arbetsgivarrepresentant	<input type="checkbox"/> Arbetstagarrepresentant	<input type="checkbox"/> Funktionsrepresentant	<input type="checkbox"/> I huvudtjänst	Annan uppgift	
<input type="checkbox"/> Arbetarskydds- chef	<input type="checkbox"/> Arbetarskydds- fullmäktig	<input type="checkbox"/> 1 Vicefullmäktig	<input type="checkbox"/> 2 Vicefullmäktig	<input type="checkbox"/> Medl. av arb.skydds kommission el motsv.	
Namn			Födelsedatum		Modersmål <input type="checkbox"/> Finska <input type="checkbox"/> Svenska
Fackförbund			<input type="checkbox"/> Erhållet grundutbildning i arbetarskydd	Utbildningen arrangerad av	
Arbetsplats			<input type="checkbox"/> Uppg. får ej lämnas ut	E-post	<input type="checkbox"/> E-post förbud
Postadress		Postnummer		Postanstalt	

Kontaktuppgifter

<input type="checkbox"/> Arbetsgivarrepresentant	<input type="checkbox"/> Arbetstagarrepresentant	<input type="checkbox"/> Funktionsrepresentant	<input type="checkbox"/> I huvudtjänst	Annan uppgift	
<input type="checkbox"/> Arbetarskydds- chef	<input type="checkbox"/> Arbetarskydds- fullmäktig	<input type="checkbox"/> 1 Vicefullmäktig	<input type="checkbox"/> 2 Vicefullmäktig	<input type="checkbox"/> Medl. av arb.skydds kommission el motsv.	
Namn			Födelsedatum		Modersmål <input type="checkbox"/> Finska <input type="checkbox"/> Svenska
Fackförbund			<input type="checkbox"/> Erhållet grundutbildning i arbetarskydd	Utbildningen arrangerad av	
Arbetsplats			<input type="checkbox"/> Uppg. får ej lämnas ut	E-post	<input type="checkbox"/> E-post förbud
Postadress		Postnummer		Postanstalt	

Kontaktuppgifter

Sidorna tillsammans _____

Underskrift (arbetarskyddschef)

Ort och datum		Underskrift och namnförtydligande	
Telefon		E-post	

Anvisning för ifyllandet

Anmälan till arbetarskyddsregistret

Blanketten används för att anmäla vilka personer på arbetsplatsen som deltar i arbetarskyddssamarbetet. Arbetsgivarens anmälningsskyldighet bygger på lagen om personregister för arbetarskyddet (1039/2001).

Arbetsplats

Med arbetsplats avses den i funktionellt och regionalt avseende ändamålsenliga helhet inom vars ramar arbetarskyddssamarbetet förverkligas.

FO-nummer

FO-numret för det företag eller samfund till vilket arbetsplatsen hör.

Personantal

Antalet personer som regelbundet arbetar på arbetsplatsen.

Tillfällig arbetsplats upphör

Gäller byggarbetsplatser.

Mandatperiod

Här avses arbetarskyddsperiodens mandatperiod (år)

Företagshälsovårdsproducent

Hur företagshälsovården ordnats samt namnet och kontaktuppgifterna för den som producerar företagshälsovårdstjänsterna.

Arbetarskyddspersoner

Enligt lag skall uppgifterna om följande personer anmälas: arbetarskyddschefen, arbetarskyddsfullmäktige och –vicefullmäktige, medlemmarna i arbetarskyddskommissionen eller motsvarande organ samt arbetarskyddsombuden (om sådana valts).

Andra uppgifter

Utöver de i lagen avsedda personerna kan man anmäla uppgifterna angående övriga arbetarskyddspersoner i huvudtjänst och företagshälsovårdspersonalen.

Kontaktuppgifter

Följande kontaktuppgifter skall anmälas: adress till vilken arbetarskyddsmaterialet skall sändas per post. Som e-postadress anges den e-postadress arbetsgivaren gett personen.

Fackförbund

Det fackförbund som ifrågavarande person tillhör. Personen har rätt att förbjuda att medlemsuppgifterna anmäls.

Förbud mot utlämnande av uppgifter

Arbetarskyddscentralen kan lämna ut registeruppgifter till andra instanser för distribution av arbetarskyddsinformation och –material samt till arrangörer av arbetarskyddskurser. Ett kryss i rutan "Uppgifter får ej lämnas ut" innebär att personens uppgifter inte får lämnas ut.

Grundutbildning i arbetarskydd

Med grundutbildning i arbetarskydd avses utbildning som omfattar kunskaper i förordningar och anvisningar samt andra frågor som gäller skötseln av arbetarskyddssamarbetet.

Blanketten returneras till:

Arbetarskyddscentralen, Lönnrotsgatan 4 B, 00120 Helsingfors
fax (09) 612 1287, e-post: rekisteri@ttk.fi
tfn (09) 616 261

Blanketten kan också laddas ned på Arbetarskyddscentralens webbplats: www.ttk.fi

Obs! Om du gör en ändringsanmälan på blanketten, kom också ihåg att meddela vilka personer som avlägsnas.