

Bättre arbetsmiljö (BAM)

Grundutbildning av skyddsombud genom en femdagars (40 timmar) utbildning.
OBS! Skyddsombud ska ha erforderlig utbildning vilken arbetsgivaren ska bekosta enligt arbetsmiljölagen kap 6 §4.

Målgrupp:

Skyddsombud, chefer/arbetsledare som **inte** har genomgått grundutbildning.

Kurslängd:

5 dag (40 timmar) (externat).

Ekonomi:

Arbetsgivaren står för lön under hela utbildningen (FML §7) (AML kap 6).

ABF som anordnare står för ledare, material, lokal, kaffe och lunch samt administration.

Deltagaravgift:

7500 kr/deltagare. Arbetsgivaren står för kostnaden (AML kap 6 §4).

<u>Datum</u>	<u>Plats</u>	<u>Sista anmälan</u>
4-5/4, 25-27/4	Örebro	7/3
31/8, 7, 14, 20-21/9	Örebro	1/8
12, 19, 26/10, 1-2/11	Örebro	14/9



Anmälan:

Gör du till ditt fack, klubb eller sektion som sedan anmäler till ABF Örebro län på anmälningsblanketten.

Vid frågor kontakta gärna:

Andreas (Ante) Mäkelä

Verksamhetsutvecklare ABF Örebro

andreas.makela@abf.se

0102-066918



ARBETARNAS BILDNINGSFÖRBUND

ANMÄLNINGSBLANKETT

Till samtliga utbildningar i Kurskatalogen gäller att anmälan ska vara inne till sektionen/avdelningen 1 (en) månad före kursstart för att vara säker på en deltagarplats.

VIKTIGT!

**GLÖM INTE MEDDELA ARBETSGIVAREN ATT DU SKA GÅ PÅ
UTBILDNING, MINST TVÅ VECKOR FÖRE KURSSTART.**

Jag anmäler mig till följande utbildning.....

Som går den.....på platsen.....

Jag heter.....

Personnummer.....

AdressPostnr.....

OrtTelefonnummer.....

Mobilnummer.....E-post.....

Jag arbetar på.....

Tillhör förbund.....

Särskilda önskemål/kost.....

Godkännande av klubb/ombud.....

Fakturaadress.....

.....

.....

Anmälan är bindande. Vid utebliven närvaro eller avbokningar som inkommer efter att kallelsen gått ut (gäller ej sjukdom) tar ABF ut en avgift på halva deltagaravgiften.



Anmälan skickas till:
ABF Örebro län
Slottsgatan 15
703 61 Örebro



**Intyg från arbetsgivare gällande
BAM(Bättre arbetsmiljö)**

Härmed intygas att:_____

Får delta i kursen: _____

Datum och plats för kurs:_____

Faktureringsadress:_____

Arbetsgivaren förbinder sig härmed att betala deltagaravgiften.

Datum:

Arbetsgivarens underskrift:



ARBETARNAS BILDNINGSFÖRBUND