

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).

Datum	Plats	Sista anmälan
7, 13, 21, 27-28/4	Örebro	10/3
1, 8, 15, 21-22/9	Örebro	4/8
13, 20, 27/10, 2-3/11	Örebro	15/9



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.



ARBETARNAS BILDNINGSFÖRBUND

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