**Ledighetsansökan**

FÖR MEDLEMMAR/FÖRTROENDEVALDA SOM VILL GÅ EN TVÄRFACKLIG UTBILDNING

# Ledighetsansökan för fackliga studier

## UPPGIFTER OM UTBILDNINGEN

**Utbildningens namn:**
**Datum:**
**Ort/distans:**
**Antal dagar:**
**Antal timmar:**

## UPPGIFTER OM MEDLEMMEN

**För- och efternamn:**
**Fackförbund:**
**Ev. fackligt uppdrag:**
**E-post:**
**Telefon:**

## LEDIGHET

*Den sökta ledigheten grundar sig på följande lagstöd:*

☐ **3 § Studieledighetslagen** ☐ **6 § Förtroendemannalagen** ☐ **7 § Förtroendemannalagen**

## ERSÄTTNING

☐ **Utbildningsarvode från fackförbund** ☐ **Stipendium från LO** ☐ **Lön från arbetsgivaren enligt 7 § FML**

## KURSKOSTNAD

☐ **Facket står för kurskostnaden** ☐ **Arbetsgivaren står för kurskostnaden som är:** **kr**

## UPPGIFTER OM ARBETSGIVAREN

**Arbetsgivare:**
**Arbetsplatsens namn:**
**Organisationsnummer:**
**Fakturaadress:**

**Postnummer och ort:**
**Telefonnummer:**
**E-post:**

## NEDANSTÅENDE IFYLLES AV ARBETSGIVAREN

**Ledighet beviljas:** ☐ **Ja** ☐ **Nej**
**Om ”Nej”, har fackförbundet informerats?** ☐ **Ja** ☐ **Nej**

## NEDANSTÅENDE GÄLLER ENDAST VID LEDIGHET GRUNDAD PÅ 7 § FÖRTROENDEMANNALAGEN

**Lön från arbetsgivare beviljas:** ☐ **Ja** ☐ **Nej**
**Om ”Nej”, har fackförbundet informerats?** ☐ **Ja** ☐ **Nej**
**Kurskostnad beviljas:** ☐ **Ja** ☐ **Nej**
**Om ”Nej”, har fackförbundet informerats?** ☐ **Ja** ☐ **Nej**

## UNDERSKRIFTER

**Datum och ort:**

**Arbetsgivarens underskrift:** _____
**Namnförtydligande:**

**Arbetstagarens underskrift:** _____
**Namnförtydligande:**

**ABF Distrikt Mellersta Norrland**
Östra Långgatan 17, 852 36 Sundsvall
070-232 00 91

abf.se/mellersta-norrland/fackliga-studier
admin.mellerstanorrland@abf.se