

Anmälan om byte av arbetsgivare för ytbedömare

Blanketten används för ärenden av typen anmälan om byte av arbetsgivare för ytbedömare. Fyll i blanketten och skicka den till registrator.

1. Sökande

Namn		Personnummer eller organisationsnummer
Postadress		Postnummer och ort
Telefon	E-post	

2. Uppgifter

Certifikatnummer	Giltigt till
Beskrivning av ärendet	

3. Tidigare arbetsgivare

Arbetsgivare (namn)		Organisationsnummer
Anställd till och med (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Befattning	

4. Avslutning hos tidigare arbetsgivare

Uppsägning eller övergång	Datum för avslut (ÅÅÅÅ-MM-DD)
Pågående uppdrag som överförs till ny arbetsgivare	
☐ Provprotokoll ☐ Bedömningsunderlag ☐ Kalibreringsintyg ☐ Uppdragslista	

5. Ny arbetsgivare

Arbetsgivare (namn)	Organisationsnummer
Anställd från och med (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Befattning
Ansvarig person hos ny arbetsgivare	Telefon till ansvarig person

6. Verksamhet hos ny arbetsgivare

☐ Egen ytbedömning	☐ Tillsyn
☐ Uppdrag åt andra	☐ Provning
Typ av uppdrag hos ny arbetsgivare	

7. Ytor under ansvar

Antal ytor under ansvar	Största ytans area (kvadratmeter)
Beskrivning av ytor och uppdrag under ansvar	
☐ Egna ytor ☐ Uppdragsytor ☐ Tillsynsytor	

8. Övriga uppgifter

Övriga uppgifter som påverkar certifieringen
--

9. Bilagor

☐ Anställningsbevis från ny arbetsgivare ☐ Kopia av certifikat ☐ Intyg från tidigare arbetsgivare
--

Underskrift

Ort och datum	Underskrift
Namnförtydligande	

Information

Certifiering gäller fem år. Bifoga kopia av relevant intyg.