



# FINLANDS SVENSKA LÄRARFÖRBUND FSL rf

## ÄNDRINGSANMÄLAN TILL FSL:S MEDLEMSREGISTER

Lämna den ifyllda blanketten till skol-/arbetsplatsombudet eller föreningens sekreterare eller medlemssekreterare. Adressändringar och ändrade telefonnummer o.dyl. kan du själv skicka in via e-posten, men meddela även din förening! Denna blankett kan inte användas för anslutning av medlemmar, ej heller för byte av arbetsgivare och medlemsförening.

FYLL ALLTID I DINA PERSONUPPGIFTER:

Personbeteckning	Efternamn	Förnamn (strecka under tilltalsnamnet)
------------------	-----------	--

FYLL I ENDAST DET SOM ÄR ÄNDRAT:

Adress		Postnummer och -anstalt	
Tfn tjänst	Tfn hem	Mobil	
E-post			
Medborgarskap		<input type="checkbox"/> Mina adressuppgifter får inte ges ut för reklamändamål	
Examen		Läraryrke/Behörighet för tjänsten eller befattningen <input type="checkbox"/> Ja	
Utbildningsform/Skolstadium		Skola/Arbetsplats	
Undervisningsämne(n)			
Tjänst/Befattning		Tjänsteförhållande	
Övrigt förordnande:	<input type="checkbox"/> Skolföreståndare	<input type="checkbox"/> Vice rektor, prorektor	<input type="checkbox"/> Utbildningsledare
<input type="checkbox"/> Skolbibliotekarie	<input type="checkbox"/> Biträdande rektor	<input type="checkbox"/> Institutionsföreståndare	<input type="checkbox"/> Huvudlärare
<input type="checkbox"/> Arbetslös	<input type="checkbox"/> Lärare i annan tjänst **	<input type="checkbox"/> Pensionerad medlem **	
<input type="checkbox"/> Studerande *	<input type="checkbox"/> Tjänstledig	<input type="checkbox"/> Moderskapsledig	<input type="checkbox"/> Återinträder i tjänst
fr.o.m. (datum) _____		* Ej medlem i Lärarnas arbetslöshetskassa utan extra anslutning och avgift * Ej berättigad till medlemskap i Lärarnas arbetslöshetskassa	

Datum	Underskrift
-------	-------------

### MEDDELANDE OM UTTRÄDE

Jag anmäler härmed om mitt utträde ur FSL:s medlemsförening _____ och Lärarnas arbetslöshetskassa fr.o.m. _____ (medlemsföreningens namn) (datum)	
Vid utträdet ur FSL:s medlemsförening upphör medlemskapet och skyldigheten att betala medlemsavgift i slutet av den kalendermånad som följer efter den månad då meddelandet om utträde skett.	
Datum	Underskrift

FÖRENINGEN FYLLER I:

<input type="checkbox"/> Ändring av uppgift	<input type="checkbox"/> Strykning av medlem, orsak _____
Sänd till FSL (datum)	Underskrift