

Regionförvaltningsverket i Sydvästra Finland
Ansvarsområdet för arbetarskydd
PL 22
20801 Åbo

1. Uppgifter om arbetsgivaren och arbetsplatsen

| | | |
|---|-------------------------------|-----------|
| Arbetsgivarens namn | | FO-nummer |
| Postadress | | |
| Postnummer | Postanstalt | |
| Telefonnummer | E-postadress | |
| Arbetsplatsens namn/Plats där arbetet utförs (om annan än i uppgifterna om arbetsgivaren) | | |
| Arbetsplatsens postadress | | |
| Arbetsplatsens postnummer | Arbetsplatsens postanstalt | |
| Arbetsplatsens telefonnummer | Arbetsplatsens e-postadress | |
| Kontaktperson för ytterligare förfrågningar | | |
| Kontaktpersonens telefonnummer | Kontaktpersonens e-postadress | |

2. Uppgifter om arbetsuppgifter och arbetstidssystem

| | |
|---|--|
| Nuvarande arbetstidssystem/system som är i användning | |
| Vilket kollektivavtal följs på arbetsplatsen? | |
| Antal anställda vid företaget totalt | Antal anställda på arbetsplatsen, om platsen där arbetet utförs är en annan än arbetsplatsen |
| Nuvarande arbetstidssystem/system som är i användning | |
| <input type="checkbox"/> Ordinarie arbetstid (kl.–kl.) Arbetstidslagen 6 § <input type="checkbox"/> Periodarbetstid (kl.–kl.) Arbetstidslagen 7 § | |
| <input type="checkbox"/> Arbetstiden för motorfordonsförare (kl.–kl.) Arbetstidslagen 8 § | |
| <input type="checkbox"/> Siftarbete, arbetet är ordnat | |
| <input type="checkbox"/> i två skift | |
| <input type="checkbox"/> i tre skift | |
| <input type="checkbox"/> i flera skift _____ (klo-klo) | |
| <input type="checkbox"/> På kollektivavtal baserad ordinarie arbetstid (kl.–kl.) Arbetstidslagen 9 § | |
| <input type="checkbox"/> Avtal om ordinarie arbetstid vilka baserar sig på allmänt bindande kollektivavtal (kl.–kl.) Arbetstidslagen 10 § | |
| <input type="checkbox"/> Lokala avtal om ordinarie arbetstid vilka baserar sig på lag (kl.–kl.) Arbetstidslagen 12 § | |
| <input type="checkbox"/> Flexitid (kl.–kl.) Arbetstidslagen 13 § | |
| <input type="checkbox"/> Annat, vad? (kl.–kl.) | |
| Utjämnings schemats längd | |
| Giltighetstid som ansöks för tillståndet (inleds–avslutas) | |

Ärendet gäller

Ny ansökan

Förnyelse av giltigt tillstånd, nummer, datum, avslutas och antal anställda:

3. Ansökan

Tillstånd för nattarbete ansöks för följande personer. Namn eller antal personer enligt arbetsuppgift, om flera personer utför samma uppgift.

Antal personer som arbetar i två skift, totalt

Antal personer som arbetar i tre skift, totalt

Antal personer i annat nattarbete, totalt

Arbetstid under natten

Varför ansöks om tillstånd? På vilket sätt och på grund av vilka faktorer är arbetet sådant att det måste utföras just nattetid?

4. Arbetsförhållanden under nattarbetet

(kryssa för rätt alternativ och komplettera med personens eller gruppens namn)

Tillfälle till måltid (Arbetsbetslagen 605/1996)

Arbetsresor (Statsrådets beslut om skjuts för arbetstagare i nattarbete 869/1996)

Har de anställda genomgått en hälsoundersökning hos företagshälsovården (Statsrådets förordning om principerna för god företagshälsovårdspraxis, företagshälsovårdens innehåll samt den utbildning som krävs av yrkesutbildade personer och sakkunniga 708/2013 och Statsrådets förordning om hälsoundersökningar i arbete som medför särskild fara för ohälsa 1485/2001)

| | |
|--|--|
| Tillfälle till måltid | |
| <input type="checkbox"/> | Den anställda har tillfälle att inta en måltid under nattarbetet |
| <input type="checkbox"/> | Den anställda har möjlighet att värma en måltid under nattarbetet |
| <input type="checkbox"/> | Det är onödigt att ordna en måltid eftersom nattarbetet varar så kort tid |
| Arbetsresor | Personens eller gruppens namn |
| <input type="checkbox"/> | Den anställda har eget fordon _____ |
| <input type="checkbox"/> | Den anställda kan använda ett samfärdsmedel med lämplig rutt och tidtabell _____ |
| <input type="checkbox"/> | Arbetsgivaren ordnar skjuts _____ |
| <input type="checkbox"/> | Den anställda har en så kort arbetsresa att ingen transport behövs _____ |
| Har de anställda genomgått en hälsoundersökning hos företagshälsovården? | |
| <input type="checkbox"/> | Ja |
| <input type="checkbox"/> | Nej. Om de anställda inte har genomgått en hälsoundersökning, när ska den göras? |
| Företagshälsovårdsstationens namn och adress | |
| Ingår uppföljning av skador som nattarbetet kan orsaka den anställda i företagshälsovårdsplanen? | |
| <input type="checkbox"/> | Ja |
| <input type="checkbox"/> | Nej |

5. Underskrift

| | |
|---------------|-------------------|
| Ort och datum | Underskrift |
| | Namnförtydligande |

6. Hörande av arbetstagarna

Innan regionförvaltningsverket fattar avsett beslut, ska arbetsgivaren ge den förtroendeman som har valts på grundval av det kollektivavtal som med stöd av lagen om kollektivavtal (436/1946) är bindande för arbetsgivaren eller det förtroendeombud som avses i 13 kap. 3 § i arbetsavtalslagen (55/2001) möjlighet att bli hörd i ärendet antingen muntligen eller skriftligen. Om det på en arbetsplats inte finns någon förtroendeman eller något förtroendeombud, ska arbetarskyddsfullmäktigen ges möjlighet att bli hörd och om det inte heller finns någon arbetarskyddsfullmäktig, ska varje arbetstagare som beslutet gäller ges möjlighet att bli hörd.

Om ovan nämnda företrädare för de anställda inte har valts, ska varje anställd som berörs av beslutet separat ges tillfälle att avge utlåtande. Av utlåtandet ska framgå om den anställda stöder ansökan eller inte samt vem som har avgett utlåtandet och när.

| | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Stöder |
| <input type="checkbox"/> | Stöder inte |
| Motivering (Ett negativt utlåtande måste absolut motiveras) | |
| Ort och datum | Underskrift |
| | Namnförtydligande |
| Förtroendeman | Förtroendeombud |
| Arbetarskyddsfullmäktig | Anställd som ärendet gäller |

Regionförvaltningsverket i Sydvästra Finland

Ansvarsområdet för arbetarskydd

PL 22, 20801 Åbo

tyosuoja@lounais.avi.fi

Telefonväxel 0295 018 000