

Om arbetet till sin natur är sådant att det utförs endast tidvis under en dygnslång arbetstid då arbetstagaren ska vara beredd att arbeta, kan arbetarskyddsmyndigheten bevilja tillstånd att avvika från bestämmelserna om ordinarie arbetstid och dygnsvila (arbetstidslagen 872/2019 39 § 1 mom. 1 punkten).

1. Uppgifter om arbetsgivaren och arbetsplatsen

Arbetsgivarens namn		FO-nummer
Postadress		Bransch
Postnummer	Postanstalt	
Telefonnummer	E-postadress	
Plats där arbetet utförs (ort och adress, om den avviker från arbetsgivarens adress)		
Kontaktperson för ytterligare förfrågningar		
Kontaktpersonens telefonnummer	Kontaktpersonens e-postadress	

2. Ansökan (tillstånd beviljas för tid på högst två (2) år)

Giltighetstid som ansöks för tillstånd (inleds–avslutas) _____ – _____
Det är fråga om en Ny ansökan Förnyelse av en giltig ansökan, diarienummer _____
Arbetsställen där arbetet utförs.
Personalgrupper som ansökan om dispens gäller.

På vilka grunder anser ni att arbetet som ansökan om dispens gäller utförs tidvis?
Hur långa arbetsskift är avsikten att låta utföra?
Hur lång skulle utjämningsperioden vara?
Vilken rytm skulle arbetsskiften ha?
Hur skulle man ordna vilotiderna?
Hur stor del av arbetsskiften är arbete som planeras i förväg (timantal och kvalitet)?

3. Arbetsgivarens underskrift

Ort och datum	Underskrift Namnförtydligande Personens ställning/uppgift
Vill ni få beslutet Per e-post Per brev	E-postadress dit beslutet ska skickas:

4. Hörande av arbetstagarna

Innan regionförvaltningsverket fattar ett beslut som avses, ska arbetsgivaren ge den förtroendemans 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 inte på arbetsplatsen finns någon förtroendemans eller något förtroendeombud, ska arbetarskyddsfullmäktigen ges möjlighet att bli hörd.

Om ovan nämnda företrädare för arbetstagarna inte har valts, ska varje arbetstagare som beslutet gäller ges möjlighet att bli hörd. Av utlåtandet ska det framgå huruvida arbetstagaren förordar ansökan eller inte och vem som har avgett utlåtandet och när det har avgetts. Utlåtandet kan även lämnas in som bilaga.

Ställning/roll Förtroendemans	Namn
Fackförbund: _____ Förtroendeombud	E-postadress
Arbetarskyddsfullmäktig Arbetstagare som saken gäller	Telefonnummer
Jag förordar Jag förordar inte	Motivering (Ett negativt utlåtande måste absolut motiveras)
Ort och datum	Underskrift Namnförtydligande

Ställning/roll Förtroendemans	Namn
Fackförbund: _____ Förtroendeombud	E-postadress
Arbetarskyddsfullmäktig Arbetstagare som saken gäller	Telefonnummer
Jag förordar Jag förordar inte	Motivering (Ett negativt utlåtande måste absolut motiveras)
Ort och datum	Underskrift Namnförtydligande

4. Hörande av arbetstagarna

Ställning/roll Förtroendeman	Namn
Fackförbund: _____ Förtroendeombud	E-postadress
Arbetarskyddsfullmäktig Arbetstagare som saken gäller	Telefonnummer
Jag förordar Jag förordar inte	Motivering (Ett negativt utlåtande måste absolut motiveras)
Ort och datum	Underskrift Namnförtydligande

Ställning/roll Förtroendeman	Namn
Fackförbund: _____ Förtroendeombud	E-postadress
Arbetarskyddsfullmäktig Arbetstagare som saken gäller	Telefonnummer
Jag förordar Jag förordar inte	Motivering (Ett negativt utlåtande måste absolut motiveras)
Ort och datum	Underskrift Namnförtydligande

4. Hörande av arbetstagarna

Ställning/roll Förtroendeman Fackförbund: _____ Förtroendeombud Arbetarskyddsfullmäktig Arbetstagare som saken gäller	Namn E-postadress Telefonnummer
Jag förordar Jag förordar inte	Motivering (Ett negativt utlåtande måste absolut motiveras)
Ort och datum	Underskrift Namnförtydligande

Ställning/roll Förtroendeman Fackförbund: _____ Förtroendeombud Arbetarskyddsfullmäktig Arbetstagare som saken gäller	Namn E-postadress Telefonnummer
Jag förordar Jag förordar inte	Motivering (Ett negativt utlåtande måste absolut motiveras)
Ort och datum	Underskrift Namnförtydligande

Lämna in ansökan till Ansvarsområdet för arbetarskyddet vid Regionförvaltningsverket i Sydvästra Finland:

Regionförvaltningsverket i Sydvästra Finland

Ansvarsområdet för arbetarskyddet

PB 9, 13035 AVI

arbetarskydd.sydvastra@rfv.fi

Telefonväxel 0295 018 000

Denna ansökan registreras i arbetarskyddsmyndighetens ärendehanteringssystem. Närmare uppgifter om behandlingen av personuppgifterna hos arbetarskyddsmyndigheten och den registrerades rättigheter samt den personuppgiftsansvariges och dataskyddsombudets kontaktuppgifter finns på adressen www.tyosuojelu.fi/web/sv/om-oss/dataskydd.