

K R A V S K J E M A

Statlig tariffområde

Dette er kravskjemaet for lokale forhandlinger for deg som jobber i staten. Hvis din arbeidsgiver har utarbeidet eget kravskjema benytter du i stedet det.

Kravskjema skal fylles ut og leveres din tillitsvalgt. Dersom det ikke er noen tillitsvalgt for Delta på din arbeidsplass, kan Delta-medlemmer gå sammen og velge tillitsvalgt. Ved behov for bistand med å velge tillitsvalgt, ta kontakt med ditt regionkontor. Oversikt over Deltas regionkontor finner du her: <http://delta.no/kontakt-oss>.

Frist for innsending av kravskjema kan variere lokalt. Hvilken frist som gjelder på din arbeidsplass vil du få opplyst fra din arbeidsgiver.

Forhandlingene slutføres innen 31. oktober 2019.

Arbeidsgiver: _____ Arbeidsplass: _____

Navn: _____ (arbeidssted/enhet/avdeling)

Personnr.: _____

Når tilsatt: _____ Lønnsansiennitet: _____ Stillingsstørrelse: _____
(i nåværende stilling)

Hvor kan vi nå deg? Tlf. arbeid: _____ Tlf. privat: _____ Mobil: _____

Fikk du lønnstillegg ved forhandlingene i 2018 _____ (ja) _____ (nei) (sett kryss)

Hvis ja. Hvor stort var lønnstillegget? Kr. _____

Hvem er din nærmeste overordnede (stilling) _____

(navn) _____

Nåværende stilling og lønn:

Stillingskode (Se lønnslipp)	Stillingstittel (Se lønnslipp)	Lønn	
		Trinn	Kr (oppgis for 100 % stilling)

Krav for 2019

Stillingskode	Stillingstittel	Lønnskrav		Kolonne for Delta
		Trinn	Kr	

Beskriv/begrunn ditt lønnskrav.

Bruk om nødvendig eget ark.

_____ den _____ 2019 _____

Hvis din arbeidsgiver har utarbeidet eget kravskjema benytter du arbeidsgivers skjema.