



UPPSALA  
UNIVERSITET

## Formulär

# Returnering av fördelade arbetsmiljöuppgifter

### *Från*

Namn:

Befattning:

Datum:

Underskrift:

.....

### *Till (överordnad chef)*

Namn:

Returnerade arbetsmiljöuppgifter:

Orsak till returneringen:

*Härmed bekräftas att jag har mottagit ovanstående returnering:*

Namn:

Befattning:

Datum:

Underskrift:

.....

### **Efter undertecknandet**

- Ett original av detta formulär sänds efter undertecknande till personalavdelningen och sparas i personakt
- En kopia sparas av chef
- En kopia sparas av överordnad chef