

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 det i stedet.

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 regionskontor. [Oversikt over Deltas regionskontor finner du her.](#)

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

Forhandlingene sluttføres innen 31.10.2025.

Arbeidsgiver: _____ Arbeidsplass: _____

(arbeidssted/enhet/avdeling)

Navn: _____ Personnr.: _____

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

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

Fikk du lønnstillegg i 2024, utover det sentrale tillegget? _____(ja) _____(nei) (sett kryss)

Hvis ja. Hvor stort var lønnstillegget/hvor mange lønnstrinn fikk du? Kr eller LTR. _____

Hvem er din nærmeste overordnede (stilling) _____

(navn) _____

Nåværende stilling og lønn:

Stillingskode (Se lønnsslipp)	Stillingstittel (Se lønnsslipp)	Lønn	
		Lønnstrinn	Kr (oppgis for 100 % stilling)

Krav for 2024

Stillingskode	Stillingstittel	Lønnskrav		Kolonne for Delta
		Lønnstrinn	Kr	

Beskriv/begrunn ditt lønnskrav.

Bruk om nødvendig eget ark.

_____ den _____ 2025 _____

Hvis din arbeidsgiver har utarbeidet eget kravskjema kan du benytte arbeidsgivers skjema.