Uppsägning

Egen uppsägning av anställning

Lämna uppsägningen till din närmaste chef och be om en underskrift på att den är mottagen. Uppsägningstiden börjar löpa den dag arbetsgivaren tar emot uppsägningen. Behåll en kopia.

Arbetstagare

NAMN

PERSONNUMMER | TELEFON

ADRESS

Arbetsgivare

FÖRETAG

ORGANISATIONSNUMMER | NÄRMASTE CHEF

ADRESS

Uppsägning

Jag säger härmed upp min anställning hos arbetsgivaren.

BEFATTNING | ANSTÄLLD SEDAN

UPPSÄGNINGSTID ENLIGT AVTAL ELLER LAG | SISTA ANSTÄLLNINGSDAG

Uppsägningstiden är en månad enligt lagen om anställningsskydd, om inte anställningsavtalet eller kollektivavtalet anger en annan tid.

Önskemål – frivilligt

- Jag vill ta ut kvarvarande semester under uppsägningstiden
- Jag önskar sluta tidigare än uppsägningstiden medger, enligt datum nedan
- Jag begär tjänstgöringsintyg eller arbetsbetyg
- Jag begär arbetsgivarintyg till a-kassan

ÖNSKAT SLUTDATUM | KVARVARANDE SEMESTERDAGAR | ÖVRIGT

Underskrift

ORT OCH DATUM | ARBETSTAGARENS UNDERSKRIFT | NAMNFÖRTYDLIGANDE

Arbetsgivarens bekräftelse

Uppsägningen har tagits emot. Bekräftelsen gäller mottagandet – önskemål om tidigare slutdatum och semester besvaras särskilt.

MOTTAGEN DEN | UNDERSKRIFT | NAMNFÖRTYDLIGANDE