

Uppsägning

Arbetsgivare

Företag _____ Organisationsnummer _____

Adress _____

Postnummer _____ Ort _____

Arbetstagare

Namn _____ Personnummer _____

Adress _____

Postnummer _____ Ort _____

Härmed säger jag upp mig från min anställning.

Sista anställningsdatum: _____

Jag önskar arbetsgivarintyg och tjänstgöringsintyg.

Arbetsgivare

Datum och ort _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Arbetstagare

Datum och ort _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____