

PERSONUPPGIFTER ARBETSTAGARE

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Ort: _____

Telefon/mobil: _____

EGEN UPPSÄGNING

Härmed säger jag upp mig från min anställning vid:

Företagsnamn: _____

Organisationsnummer: _____

Enligt gällande bestämmelser är uppsägningstiden: _____ månader.

Sista anställningsdag blir därmed: _____.

ARBETSTAGARENS UNDERSKRIFT

Ort och datum: _____

Arbetstagarens signatur: _____

Namnförtydligande: _____

Av denna bekräftelse har arbetsgivaren och arbetstagaren tagit var sitt exemplar.

Denna blankett tillhandahålls av arbetsgivaren för att förenkla och dokumentera arbetstagares egen uppsägning. Genom underskriften av detta dokument bekräftar arbetstagaren att uppsägningen har skett på eget initiativ.