

Besked om att provanställning upphör

Arbetsgivare

Organisationsnummer	Bolagsnamn	
Enhetschef		Telefon
Kostnadsställe	Enhetsnamn	

Den anställdes personuppgifter

Efternamn, Förnamn	Personnummer
Telefon	

Härmed erhåller ni besked om att din provanställning kommer att upphöra.

Din sista anställningsdag blir den:	
-------------------------------------	--

Kommentar

--

Underskrift

Arbetsgivarens underskrift:	Ort och datum
-----------------------------	---------------

Jag bekräftar att jag mottagit detta besked.

Underskrift

Medarbetarens underskrift:	Ort och datum
----------------------------	---------------

*om medarbetaren är fackligt organiserad skickas kopia på detta besked till facket