



Burlövs kommun

KÄVLINGE!



STAFFANSTORPS
KOMMUN

UPPSÄGNING

Personuppgifter

Namn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
Befattning	Kommun	
Arbetsplats		Önskad sista anställningsdag (datum)

Övriga upplysningar

Anledning till uppsägning (kryssa i lämplig ruta)	
Nytt arbete: <input type="checkbox"/> Inom kommunen <input type="checkbox"/> Annan kommun <input type="checkbox"/> Landsting <input type="checkbox"/> Staten <input type="checkbox"/> Privat verksamhet	Annan orsak: <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Annan anledning: _____ (ange i klartext anledning) _____

Underskrift arbetstagare

Datum _____

Bekräftelse av personalansvarig chef

Datum _____

Namnförtydligande

Sista anställningsdag _____

Original till Löneserviceenheten och kopia till arbetstagaren