…………., ……… 20.... r.

# (miejscowość i data)

……………………………………

(nazwa pracodawcy)

……………………………………

(siedziba i adres)

Potwierdzenie wygaśnięcia umowy o pracę

Potwierdzam niniejszym, że na skutek ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………., na podstawie art. 631/art. 632/art. 66\* Kodeksu pracy, z dniem ……….…………...… wygasła umowa o pracę zawarta w dniu ………………………………………….....… z Panem/Panią\*

…………………………………., zamieszkałym/ą\* w …………………………. (..-…), przy ul. ...……………………………………………………………….., zatrudnionym/ą\* w dziale ………….………………………….., na stanowisku ..……………………………………..… .

Zawiadamiam ponadto, że\*\* …...………………………………………………………………

………………………………………………..………………………………………………….

Przysługuje Panu/Pani\* prawo wniesienia odwołania do Sądu Rejonowego – Sądu Pracy w ……………………………………………………. w terminie 21 dni od dnia wygaśnięcia umowy o pracę.

.…………………………………………..

(podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić

\*\* w tej rubryce zamieszcza się np. informację o tym, że przysługuje odszkodowanie – o ile takie świadczenie należy się pracownikowi.