

## Uppsägning av anställning

Personnummer	För- och efternamn		
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress	
Förvaltning		Arbetsställe	

Jag säger upp min anställning som \_\_\_\_\_ med  
sista anställningsdag den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum      \_\_\_\_\_ Underskrift

Önskar betyg (minst 6 mån anställning)      Önskar intyg

**Beslut**

Uppsägning av anställning bekräftas.

Sista anställningsdag framflyttad enl gällande uppsägningstid med \_\_\_\_\_ månader. Sista anställningsdag \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum      \_\_\_\_\_ Arbetsgivarens underskrift      \_\_\_\_\_ Namnförtydligande Arbetsgivaren

**Avgångsorsak (Sätt kryss i lämplig ruta)**

Byte av tjänst inom kommunen      Pension (kontakta pensionshandläggaren på Personalkontoret)

Egen begäran      Annan orsak \_\_\_\_\_