

Arbetsgivare		
Ort	AAAA-MM-DD	Diarienummer
Mottagare (Lokal arbetstagarorganisation)		

## Varsel om att provanställning upphör

Detta varsel lämnas med stöd av 31 § lagen (1982:80) om anställningsskydd, LAS.  
Arbetsgivaren avser att ge er medlem

Namn, personnummer
--------------------

besked om att den tidsbegränsade provanställningen som

Benämning, placering
----------------------

ska upphöra den 

AAAA-MM-DD
------------

 utan att övergå i en tillsvidareanställning.

Ni har rätt till överläggning om det tilltänkta beskedet enligt 31 § andra stycket LAS. Om ni vill få till stånd en sådan överläggning, ska ni begära detta hos arbetsgivaren.

Signatur
Namnförtydligande