

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

## Varsel om tilltänt uppsägning

Vi avser att säga upp er medlem

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

från anställningen som

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

Orsaken är omständigheter som hänför sig till arbetstagaren personligen.

Ni har rätt till överläggning med arbetsgivaren om den tilltänkta uppsägningen (30 § andra stycket lagen om anställningsskydd). Om ni vill få till stånd en sådan överläggning, ska ni begära detta hos arbetsgivaren senast en vecka efter det att ni fick detta varsel.

Signatur
Namnförtydligande