



**Dofinansowane przez
Unię Europejską**



miejsowość i data

Pieczęć zakładu pracy
lub oznaczenie Pracodawcy

Zaświadczenie pracodawcy dot. osoby zwolnionej

Niniejszym zaświadcza się, że
(*imię i nazwisko pracownika*) był zatrudniony u Pracodawcy.

Okres zatrudnienia:

Stanowisko:

Powód zwolnienia dla potwierdzenia, że **utrata pracy nie wystąpiła z przyczyn pracownika** (prosimy zaznaczyć właściwe):

- ☐ rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników, zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników,
- ☐ rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych albo technologicznych,
- ☐ wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w przypadku śmierci pracodawcy lub gdy odrębne przepisy przewidują wygaśnięcie stosunku pracy lub



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



stosunku służbowego w wyniku przejścia zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę i niezaproponowania przez tego pracodawcę nowych warunków pracy i płacy,

☐ rozwiązanie stosunku pracy przez pracownika na podstawie art. 55 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków wobec pracownika

.....

podpis osoby upoważnionej

do wydania zaświadczenia w imieniu Pracodawcy