



Projekt „Czas na zmiany” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 2014-2020.

Miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE O PRZERWANIU/WYGAŚNIĘCIU
UMOWY Z PRZYCZYN NIEDOTYCZĄCYCH PRACOWNIKA**
na potrzeby projektu „Czas na zmiany”

Oświadczam, iż Pan/-i _____,

był/-a zatrudniony/-a na podstawie umowy o pracę/umowy cywilno-prawnej*, która wygasła i nie jest kontynuowana/została przerwana*

z dniem _____ z przyczyn niedotyczących pracownika,

tj. z przyczyn ekonomicznych/ organizacyjnych/produkcyjnych/technologicznych.

pieczęć firmowa, podpis osoby upoważnionej

*Proszę zaznaczyć prawidłowe.