............................................................ ...............................................................

Pieczęć Pracodawcy (miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**(dotyczy osób zagrożonych zwolnieniem/przewidzianych do zwolnienia/zwolnionych)**

Zaświadcza się, Pan/Pani:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **PESEL** |  |

jest zatrudniony/a w:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa zakładu pracy** |  |
| **Adres zakładu pracy** |  |
| **Pracownik zatrudniony jest na** | ☐ czas nieokreślony  ☐ czas określony:  od…………………………..do…………………… |

Zaświadczam, że wyżej wymieniony pracownik:

☐ jest **zagrożony/a zwolnieniem** z tytułu:

☐ dokonania rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. 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;

☐ dokonania likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych;

☐ jest **przewidziany/a do zwolnienia** z zamiarem nieprzedłużenia umowy, z przyczyn niedotyczących pracownika;

☐ został **zwolniony/a** z przyczyn niedotyczących pracownika.

…………………………………………………………………

(podpis osoby upoważnionej do wydania zaświadczenia)