**Egen uppsägning**

**Arbetsgivare**

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma/namn** | **Organisationsnummer** |
| **Adress** | |
| **Postnummer**  I  **Postadress** | |

**Arbetstagare**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fullständigt namn** | **Personnummer** |
| **Adress** | |
| **Postnummer**  I  **Postadress** | **Telefonnummer** |

**Uppsägning**

Härmed säger jag upp mig från min anställning hos ovan nämnde arbetsgivare och min sista anställningsdag är

**Arbetstagaren**

**Ort/datum**     

**…………………………………………………….  
Underskrift**

      **…………………………………………………….  
Namnförtydligande**