



Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji uczestników projektu „SZANSA NA ZATRUDNIENIE”

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE ZAKŁADU PRACY O ZWOLNIENIU PRACOWNIKA

..... zaświadczca, że stosunek pracy/

.....
nazwa zakładu pracy

stosunek służbowy* zawarty dnia na czas nieokreślony/ określony* z

.....
imię i nazwisko pracownika

został wypowiedziany*/rozwiązany* w dniu przez pracodawcę z przyczyn dotyczących zakładu pracy, zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt 29 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (Dz.U. Nr 99, poz. 1001) o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, z niżej wymienionej przyczyny (*proszę o zaznaczenie właściwej opcji*):

- rozwiązanie 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 (Dz. U. z 2015 r. poz. 192) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn.), 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 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 §1¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków wobec pracownika.

W związku z powyższym stosunek pracy/służbowy* zakończy się/ zakończył się* w dniu

.....
Jednocześnie zaświadczca, że:

.....
nazwa zakładu pracy

- jest/ nie jest* przedsiębiorstwem z sektora MŚP,
- przechodzi/ nie przechodzi* procesy restrukturyzacyjne,
- odczuwa/ nie odczuwa* negatywne skutki zmiany gospodarczej,
- znajduje/nie znajduje* się w sytuacji kryzysowej, w tym:
- ✓ jest/nie jest* jednostką organizacyjną spółki węglowej z terenu województwa śląskiego lub/ani* przedsiębiorstwem z nią powiązanych (kooperującym) z terenu woj. śląskiego.

.....
podpis osoby/ osób uprawnionych do reprezentowania zakładu pracy

* niepotrzebne skreślić

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



AGENCJA ROZWOJU
REGIONALNEGO
W CZĘSTOCHOWIE S.A.

Biuro projektu „Szansa na zatrudnienie”

Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.

Al. Najświętszej Maryi Panny 24, lok. 6A, 42-202 Częstochowa

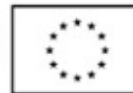
tel. 34 360 56 88, fax 34 360 57 47

e-mail: szansanazatrudnienie@arr.czestochowa.pl

www.arr.czestochowa.pl/projekty/aktualne/szansa-na-zatrudnienie



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



AGENCJA ROZWOJU
REGIONALNEGO
W CZĘSTOCHOWIE S.A.

Biuro projektu „Szansa na zatrudnienie”

Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.

Al. Najświętszej Maryi Panny 24, lok. 6A, 42-202 Częstochowa

tel. 34 360 56 88, fax 34 360 57 47

e-mail: szansanazatrudnienie@arr.czestochowa.pl

www.arr.czestochowa.pl/projekty/aktualne/szansa-na-zatrudnienie