



Załącznik nr 2 do Formularza zgłoszeniowego

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć zakładu pracy

ZASWIADCZENIE ZAKŁADU PRACY O ZWOLNIENIACH PRACOWNIKÓW

Zaświadcza się, że
/nazwa zakładu pracy/

z siedzibą przy
/adres siedziby zakładu pracy/

NIP: / REGON:

w okresie:
/data – należy wskazać okres ostatnich 12 miesięcy/

- **dokonał/a rozwiązania stosunku pracy i/lub służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników** zgodnie z:
 - 1) ustawą z dnia 13 marca 2003 roku o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (t. jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1969, z późn. zm.)*
 - 2) przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku – Kodeks Pracy (t. jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 1465) – w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn dotyczących zakładu pracy u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników*

ALBO

- **dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych*.**

Jednocześnie zaświadcza się, że Pan/Pani
/imię i nazwisko pracownika/

zatrudniony/a jest w/w zakładzie pracy na podstawie stosunku pracy / stosunku

służbowego* zawartego na czas nieokreślony/ określony* do dnia

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

*niepotrzebne skreślić