



UMEÅ UNIVERSITET

Diariernr

Lokal arbetstagarorganisation

Vi avser att säga upp er medlem:

Namn	Personnummer
------	--------------

Från anställningen som:

Befattning	Institution
Sista anställningsdag	

Ni har rätt till överläggning med arbetsgivaren om den tilltänkta uppsägningen (30 § andra stycket lagen om anställningsskydd).

Om ni vill få till stånd en sådan överläggning, ska ni begära detta hos arbetsgivaren senast en vecka efter att ni fick detta varsel.

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

Expediera:

Original till registraturen

Kopia till Personalenheten/Löneadministrationen

Kopia till Fakultetskansliet/Universitetsförvaltningen