….......………………..…………...

(miejscowość i data)

…………………………..

…………………………..

………………………….. …………………………….

(dane pracownika)

…………………………….

…………………………….

(dane pracodawcy)

**Wypowiedzenie umowy o pracę bez zachowania okresu wypowiedzenia**

Wypowiadam umowę o pracę zawartą dnia …………….……...……....r. w ………...…….............……....

(data podpisania umowy) (miejscowość podpisania

………………………pomiędzy.........................................................................................................………

umowy) (pełna nazwa pracodawcy)

……………………………………… a …………….....................................................................................,

(imię i nazwisko pracownika)

ze skutkiem natychmiastowym.

Przyczyną wypowiedzenia jest (niepotrzebne skreślić):

1. otrzymanie orzeczenia lekarskiego stwierdzające szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie pracownika.
2. dopuszczenie się przez pracodawcę ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków wobec pracownika.

z poważaniem

…………………….…………….

(podpis pracownika)

Potwierdzam otrzymanie wypowiedzenia

………………………………………….....

(podpis pracodawcy)