….......………………..…………...

 (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)