

Besked om att provanställningen upphör

Utskriftsdatum

--	--

Arbetsgivarens namn

Kontaktperson och telefon

Arbetstagarens namn och adress
Arbetstagarens personnummer (år, månad, dag, nr)

Härmed erhåller Ni besked om

att Er provanställning upphör den _____

Datum

Arbetsgivarens underskrift

Jag har tagit emot detta besked:

Datum

Arbetstagarens underskrift