

## ANSTÄLLNINGSAVTAL - TJÄNSTEMÄN



LIVSMEDELSFÖRETAGEN

 Nyanställning       Ändring       Bekräftelse av gällande arbetsvillkor

## ARBETSGIVARE

Företag och arbetsplats
Företagets postadress
Telefon

## TJÄNSTEMÄN

Namn	Personnummer
Postadress	
Befattning/Titel/Arbetsuppgifter	Telefon

## ANSTÄLLNINGSFORM

<input type="checkbox"/> Tillsvidanställning med tillträde .....	Uppsägningstid enligt kollektivavtal
<input type="checkbox"/> Provanställning (högst 6 mån) fr o m .....	t o m .....
<b>Tidsbegränsad anställning utöver provanställning</b>	
<input type="checkbox"/> Praktikantanställning fr o m .....	t o m .....
<input type="checkbox"/> För tillfälligt arbetstopp fr o m .....	dock längst t o m .....
<input type="checkbox"/> Överenskommen visstidsanställning (högst 12 mån) fr o m .....	dock längst t o m .....
<input type="checkbox"/> För viss tid/säsong/visst arbete/ferier/pensionär fr o m ..... tills dess säsongen eller arbetet är slut,	dock längst t o m .....
<input type="checkbox"/> Vikariatsanställning under .....	frånvaro pga .....
fr o m .....	dock längst t o m .....
<input type="checkbox"/> Anställningen kan sägas upp i förtid av båda parter	

Upplösning: För avbrytande i förtid av tidsbegränsad anställning samt avbrytande av provanställning gäller reglerna i kollektivavtalets punkt 2.2.1 respektive 12.3.2.

## ARBETSTID

<input type="checkbox"/> Heltid
<input type="checkbox"/> Deltid
I genomsnitt ..... timmar per helgfri vecka

## LÖNEFÖRMÅNER

Fast lön om ..... kr/mån/tim som utbetalas månadsvis
<input type="checkbox"/> Den överenskomna lönen gäller oberoende av de lönehöjningar som följer av ..... års avtal
Andra löneförmåner enligt skriftlig information:

## ALLMÄNNA ANSTÄLLNINGSVILLKOR

Anställningen omfattas av kollektivavtal mellan Livsmedelsföretagen och Unionen / Sveriges Ingenjörer / Ledarna / ..... samt företagets övriga regler.			
Antal semesterdagar ..... dagar	Övertidskompensation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Restidsersättning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Undantagen från arbetstidsavtalet §§2-4 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Under innevarande semesterår önskar den anställde erhålla ..... obetalda semesterdagar			

(Arbetsgivarens underskrift)

(Tjänstemannens underskrift)

(Ort)

(Datum)