LOMAUTUSILMOITUS

Henkilökohtainen apu työnantajamallilla

Työntekijän nimi	**Henkilötunnus**
Työnantajan nimi	**Henkilötunnus**
Osoite	**Postinumero ja -toimipaikka**
Puhelin	**Henkilökohtaisen avun käyttäjä** (jos eri kuin ta)

Työsuhde

Työsuhteen alkamispäivä _____ / _____ 20_____

Lomautuksen peruste

Työntekijä on saanut tiedon asiasta _____ / _____ 20 _____

☐ Taloudelliset/tuotannolliset syyt

☐ Työn tilapäinen vähentyminen, arvioitu kesto enintään 90 päivää

Lomautuksen laatu

☐ Lomautetaan kokonaan

☐ Lomautetaan osa-aikaisesti, jonka jälkeen työaika on _____ tuntia _____
viikossa/ kuukaudessa

Lomautuksen kesto

☐ Toistaiseksi alkaen _____ / _____ 20 _____ , arvioitu kesto _____

☐ Määräaikaisesti alkaen _____ / _____ 20 _____ , päättyen _____ / _____ 20 _____

Päiväys ja allekirjoitus

_____ / _____ 20 _____ _____ / _____ 20 _____

_____ _____
Työnantajan allekirjoitus Työntekijän allekirjoitus

Tämä ilmoitus on tehty kolmena samansisältöisenä kappaleena (yksi työnantajalle, yksi työntekijälle ja yksi Etelä-Savon hyvinvointialueen henkilökohtaisen avun keskukseen).