OPSIGELSE af medarbejder

Dags dato	

Lønmodtager:

Navn	
Cpr. nr.	
Adresse	
Postnr./by	

Arbejdsgiver:

Salon/Klinik	
Cvr. nr.	
Adresse	
Postnr./by	

Opsiges herved til fratræden den:	
Årsagen til opsigelsen (kun oplysningspligt ved ansættelse mindst 9 måneder):	
Hvorledes arbejdes der i opsigelsesperioden:	☐ **Fritstillet** (den ansatte skal ikke møde op i virksomheden, men der betales løn i opsigelsesperioden. Der modregnes i løn fra evt. ny arbejdsgiver.) ☐ **Til rådighed for virksomheden** (den ansatte kan kaldes på arbejde i opsigelsesperioden og der betales løn i opsigelsesperioden) ☐ **Normal arbejdstid og løn** ☐ **Andre aftaler i opsigelsesperioden** Nævn årsag:

Mesterstedfortrædere og svende må i forbindelse med skifte af arbejdssted eller overgang til selvstændig virksomhed ikke reklamere hermed over for arbejdsstedets kunder.

Dato

Arbejdsgivers underskrift:

Dato

Kvittering for modtagelse af opsigelse

Medarbejders underskrift: