



Fastighetsanställdas Förbund

ANMÄLAN OM RÄTT TILL ÅTERANSTÄLLNING

Namn. _____

Personnummer. _____

Nuvarande arbetsplats. _____

Nuvarande sysselsättningsgrad. _____

Jag anmäler härmed min rätt till återanställning

enl Lagen om anställningsskydd § 25

(återanställningsrätten gäller i 9 månader från att anställningen upphör)

Ort och datum _____

Underskrift _____

1 ex till arbetsgivare

1 ex till avdelningen

1 ex till arbetstagaren