

Provanställning – för arbetsgivare

Bilaga till arbetsgivarintyg

Blanketten ska fyllas i av arbetsgivaren som efter avslutad provanställning inte medger fortsatt anställning för nedanstående person.

| | |
|---------------------|--------------------------|
| Arbetstagarens namn | Personnummer, 10 siffror |
|---------------------|--------------------------|

Ange så utförligt som möjligt skälen till att provanställningen inte övergick i fortsatt anställning:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | |
|--|-----------------------|
| Arbetsgivarens namn och stämpel (om sådan finns) | Datum och underskrift |
| | Namnförtydligande |
| Organisationsnummer | Telefonnummer |

V 1.0 171122

Blanketten skickas till: **Ledarnas arbetslöshetskassa**, FE 27, 930 88 Arjeplog