

*Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

……………………………

Miejscowość, data

……………………………………

Pieczątka zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE ZAKŁADU PRACY O ZWOLNIENIACH PRACOWNIKÓW

………………………………………………………………………/nazwa zakładu pracy/ zaświadcza, że w okresie\* …………………………………….. /data/

* dokonał/a rozwiązania stosunku pracy i/lub służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników zgodnie z:
	1. ustawą z dnia 13 marca 2003 roku o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (t. jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1969, z późn. zm.)\*
	2. przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku – Kodeks Pracy (t. jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 1465) – w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn dotyczących zakładu pracy u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników\*

albo

* dokonał likwidacji stanowisk pracy[[1]](#footnote-1) z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych\*.

Jednocześnie zaświadcza się, że Pan/Pani ………………………………………….. /imię i nazwisko pracownika/ zatrudniony jest w ………………………………… /nazwa zakładu pracy/ na podstawie stosunku pracy /stosunku służbowego\* ………………………………………… zawartego na czas nieokreślony/określony do dnia …………………………………………\*.

Zaświadczenie wydane na potrzeby projektu **OUTPLACEMENT – Szansa na restart zawodowy** o numerze **FESL.10.19-IP.02-0C01/24** w ramach Działania FE SL 10.19 Outplacement FST Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027.

……….………………………………………………

podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentowania zakładu pracy

1. Likwidacja stanowisk pracy może obejmować:

- przesunięcia pracowników wewnątrz zakładu tj. zamiast zwolnień, pracownicy mogą być przenoszeni na inne stanowiska lub do innych działów w ramach tej samej organizacji,

- zmniejszenie liczby pracowników, zamknięcie określonego działu, automatyzację procesów czy restrukturyzację firmy.

\*niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)