**Besked om avskedande**

Förnamn Efternamn med personnummer xxxxxx-xxxx (”Den anställde”) avskedas härmed från sin anställning som Tjänstetitel, vid Företagsnamn (”Arbetsgivaren”). Överläggning hölls xxxx-xx-xx. Anställningen upphör till följd av avskedandet omedelbart.

Motivet till avskedandet är upprepade brott mot förpliktelser enligt gällande anställningsavtal. På den anställdes begäran kommer arbetsgivaren att skriftligen precisera omständigheterna på vilka beslutet är grundat på.

**Om den anställde vill göra gällande att avskedandet är ogiltigt**

Vill den anställde göra gällande ogiltighet av avskedandet måste den anställde informera arbetsgivaren om detta inom två veckor efter det att den anställde tagit del av besked om avskedande. Den anställdes fackliga organisation har rätt till tvisteförhandling med arbetsgivaren om avskedandet. Sådan förhandling ska begäras inom två veckor efter det att avskedandet skedde.

Avslutas förhandlingen i oenighet, ska talan väckas hos domstolen inom två veckor efter att förhandlingens avslutande. Om förhandling inte genomförs kan den anställde själv väcka talan hos domstolen inom två veckor efter det att tiden för underrättelse gick ut.

Om ovan angivna tider inte hålls har den anställde förlorat möjligheten att föra talan om att avskedandet är ogiltigt.

**Om den anställde vill begära skadestånd**

Om den anställde vill begära skadestånd med anledning av avskedandet, måste den anställde meddela detta inom fyra månader till arbetsgivaren efter att den skadegörande handlingen företogs, dvs den dag som den anställde avskedades. Den anställdes fackliga organisation har rätt till tvisteförhandling med arbetsgivaren om skadan. Sådan förhandling ska begäras inom fyra månader efter att skadan skedde.

Avslutas förhandlingen i oenighet, ska talan väckas hos domstolen inom fyra månader efter att förhandlingens avslutande. Om förhandling inte genomförs kan den anställde själv väcka talan hos domstolen inom fyra månader efter det att tiden för underrättelse gick ut.

Om ovan angivna tider inte hålls har den anställde förlorat möjligheten att föra talan om att avskedandet är ogiltigt.

Vid frågor, kontakta vår kontaktperson: Förnamn Efternamn tel. xxx-xxxxxxx.

Detta besked har upprättats i två (2) likalydande exemplar, av vilka parterna tagit var sitt.

Underskriftsort, xxxx-xx-xxArbetsgivarens namn

.......................................................  
Förnamn Efternamn

**Besked om avseedan är mottaget (vid personlig delgivning)**

Underskriftsort, xxxx-xx-xxDen anställde

.......................................................  
Förnamn Efternamn