……………..dn. ……….miejscowość i data

…………………..

Pieczęć zakładu pracy

**Zaświadczenie pracodawcy o statusie pracownika – pracownik zagrożony zwolnieniem z przyczyn niedotyczących pracownika**

W imieniu ……………………….(nazwa zakładu pracy) zaświadczam, że ……………………….(imię i nazwisko pracownika zakładu pracy), że jest zagrożony zwolnieniem z powodu sytuacji w/w pracodawcy zgodnie z poniższymi warunkami:

* pracodawca, u którego w/w pracownik jest zatrudniony …………………………………..(nazwa zakładu pracy) w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników zgodnie z przepisami *Ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. z 2018 r. poz. 1969)* lub zgodnie z przepisami *Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy* – w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników - albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych.

……………………………

Czytelny podpis osoby upoważnionej

do wydania zaświadczenia w imieniu zakładu pracy