

Information vid övergång av verksamhet

Bolag

Namn

Org.nr.

Adress

Arbetsställe, handläggare av ärendet

Den anstälde

Namn

Personnr (XXXX-XX-XX-XXXX)

Adress

Anställningsnr

Arbetsställe

Övergångsdag

Förhandlingar med fackföreningen (-arna) har nu avslutats och beslut har därefter fattats om att verksamheten i [Överlåtande bolag]

ska övergå till [Förvärvande bolag]

Din anställning följer automatiskt med över till

om du inte aktivt motsätter dig övergången. Din anställning övergår då på oförändrade villkor. Det innebär att din anställningstid, lön, semester med mera förs över till den nya arbetsgivaren.

Om du motsätter dig övergången av din anställning till

ska du fylla i bilagan till denna information och lämna till [namn]

[kontaktuppgifter]

senast den [datum]

Notera att ditt svar är bindande. Om vi inte fått ditt svar senast angivet datum utgår vi från att du inte motsätter dig övergången.

Om du godkänner övergången av din anställning till

behöver du inte göra någonting.

Har du frågor om övergången är du välkommen att kontakta [namn]

[kontaktuppgifter]

Ort

den

Ort

den

Underskrift arbetsgivare

Överlåtande bolag

Den anställdes underskrift

Information vid övergång av verksamhet

Jag motsätter mig härmed övergången av min anställning från
till

Jag är medveten om att detta innebär att jag kvarstår i anställning hos
men att det kan komma att medföra uppsägning på grund av arbetsbrist.

Ort

den

Den anställdes underskrift

Namnförtydligande

Personnummer