|  |  |
| --- | --- |
|  | В комитет по труду и социальной поддержке населения администрации города Невинномысска  Н.И. Морозовой  от: Иванова Ивана Ивановича  (Ф.И.О. заявителя)  проживающего по адресу: г. Невинномысск,  ул. Гагарина, д.34, кв. 8 |
| (почтовый адрес и/или адрес электронной почты (e-mail)  телефон:8-928-008-98-98 |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о регистрации факта прекращения действия

трудового договора

Прошу зарегистрировать в комитете по труду и социальной поддержке населения администрации города Невинномысска факт прекращения трудового договора, заключенного между Ивановым Иваном Ивановичем

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) работодателя)

зарегистрированным(ой) по адресу г. Невинномысск, ул. Гагарина, д.34, кв. 8,

(в соответствии с регистрацией,

8-928-008-98-98

контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии))

и работником Петровым Петром Петровичем.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) работника)

Основания прекращения трудового договора: собственное желание.

Для регистрации факта прекращения трудового договора представляю следующие документы:

1. копия паспорта Иванова И.И.

2. приказ об увольнении Петрова П.П.

3. оригинал зарегистрированного трудового договора в 1 экз.

«04» 10 2022 г. Подпись заявителя \_\_ИВАНОВ\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Результат услуги прошу направить: | место для отметки: |
| Почтой на адрес местонахождения |  |
| Электронной почтой, указанной в заявлении |  |
| Прошу не направлять, а сообщить по телефону, указанному в заявлении | Х |
| В МФЦ |  |

Расписка-уведомление о приеме документов

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы)

приняты \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. и зарегистрированы № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы и подпись специалиста, принявшего документы)