

ANULACIÓN BAJA VOLUNTARIA



Nombre _____

DNI _____

Servicio asignado _____

Empresa _____

A/A del departamento de personal

Le notifico mi decisión de dejar sin efecto la baja voluntaria comunicada a la empresa el día ____/____/____, cuya fecha de efectos hubiera sido el día ____/____/____, quedando anulada por el presente escrito presentado en tiempo y forma.

En _____ a _____ de _____ 20____

Atentamente

Fdo.

Recibí empresa