



OPPI SOPIMUKSEN MUUTOKSET

OPI SKELIJA	Henkilötunnus
Kotiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Puhelin	Sähköpostiosoite
Sopimukseen merkitty tutkinto	
TYÖNANTAJA	
Työnantajan osoite	Postinumero ja -toimipaikka

OPPI SOPIMUSTA KOSKEVAT MUUTOKSET:

<input type="checkbox"/> Yhteystiedon muutos koskee: <input type="checkbox"/> Opiskelijaa <input type="checkbox"/> Työnantajaa <input type="checkbox"/> Työpaikkaohjaajaa	Uudet yhteystiedot:
<input type="checkbox"/> Sopimusajan pidennys	Perustelut sopimusajan muutokseen lisätiedot kohtaan.
<input type="checkbox"/> Sopimusajan lyhennys	Uusi päättymispäivä: ____ / ____ 20__
<input type="checkbox"/> Sopimuksen keskeytys <input type="checkbox"/> Äitiysloma <input type="checkbox"/> Armeija <input type="checkbox"/> Pitkä sairausloma (1 kk tai pidempi)	Keskeytysaika: ____ / ____ 20__ - ____ / ____ 20__ Uusi päättymispäivä: ____ / ____ 20__
<input type="checkbox"/> Sopimuksen purku <input type="checkbox"/> Koeaikana <input type="checkbox"/> Yksimielisesti <input type="checkbox"/> TSL 8. luku 1§ ja 3§ <input type="checkbox"/> Oppilaan aloitteesta <input type="checkbox"/> Työnantajan aloitteesta <input type="checkbox"/> Muu syy, mikä	Purkupäivä: ____ / ____ 20__ Lisätietoja:
<input type="checkbox"/> Muu muutos	Mikä:
Lisätiedot:	
Oppisopimustoimiston henkilö, jonka kanssa muutoksesta on mahdollisesti neuvoteltu	Yhteydenottopäivämäärä ____ / ____ 20__
Paikka ja aika ____ / ____ 20__	
Työnantajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys

Paikallisviranomainen hyväksyy oppisopimuksen muutokset:

koulutustarkastaja	johtava koulutustarkastaja