



.....  
(pieczęć zakładu pracy)

....., dn. ....

## ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Zaświadcza się, że Pani/Pan .....

Zamieszkała/y .....

Jest zatrudniona/y w .....

Pracownik POZ Tak/Nie\*

na stanowisku .....

na czas określony\*/ na czas nieokreślony\* od ..... do .....

### **Uwaga:**

W przypadku udziału w kursie kwalifikacyjnym uczestnik jest zobowiązany do przedstawienia zaświadczenia potwierdzającego co najmniej 6 miesięczny staż pracy w zawodzie.

.....  
Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej)

\*- podkreślić właściwe