

.....
(pieczęć Zakładu Pracy)

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez Zakład Pracy dla potrzeb realizacji programu „Aktywny samorząd”
finansowanego ze środków PFRON

Pan/Pani zamieszkały/a

..... nr PESEL

jest zatrudniony/a w

.....
(nazwa, adres, tel. kontaktowy Zakładu Pracy)

☐ na czas określony od dnia: do dnia:

☐ na czas nieokreślony od dnia:

Na podstawie:

☐ umowy o pracę

☐ stosunku pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

☐ umowy cywilnoprawnej

Zakład pracy dofinansowuje koszty nauki na poziomie wyższym:

☐ tak, w wysokości zł

☐ nie

.....
(data, podpis, pieczęć Zakładu Pracy)