**„Program przekwalifikowania osób długotrwale pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie”,** nr projektu RPWP.06.06.01-30-0024/17

…………………………………….

(miejscowość i data)

……………………………………..…….

(pieczęć zakładu pracy)

**ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU**

Zaświadcza się, że Pan/Pani ………………………………………………………..…………………………….………,

(imię i nazwisko)

zamieszkały/ła ……………………………………………………….……………………………..……….……………….…,

(dane adresowe)

Jest pracownikiem zakładu pracy, zatrudniony/a na podstawie umowy

.......................................................................... w okresie …………..................................………,

(typ umowy i okres jej trwania)

na stanowisku ……………………………………………………………..……………………………………………...…….

(nazwa stanowiska)

i pracuje długotrwale w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie.

Pracownik nie jest w okresie wypowiedzenia. Zakład pracy nie jest w likwidacji.

PKD zakładu pracy ……………………..………………………………….…………
 (PKD działalności)

Ponadto oświadczam, że zakład pracy i należy do sektora:

|  |  |
| --- | --- |
| * mikroprzedsiębiorstw
 | * małych przedsiębiorstw
 |
| * średnich przedsiębiorstw
 | * dużych przedsiębiorstw
 |

W przypadku podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym wystawca zaświadczenia ponosi odpowiedzialność wg przepisów prawa karnego.

……………………………………………………………….

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)