

.....
pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez pracodawcę dla potrzeb Realizatora
Pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Pan/Pani

Nr PESEL

Zamieszkały/a

jest zatrudniony/a w:

(nazwa, adres Zakładu Pracy)

Forma zatrudnienia*		Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
<input type="checkbox"/>	stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/>	stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/>	umowa cywilnoprawna		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/>	staż zawodowy		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/>	wolontariat na podstawie porozumienia – porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 m-cy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

Zakład pracy dofinansowuje koszty nauki na poziomie wyższym*:

nie

tak, w wysokości złotych,

na kierunku

.....
Podpis i pieczęćka pracodawcy

.....
miejsowość i data

*- zaznaczyć właściwe