

.....  
Pieczęć pracodawcy  
z pełną nazwą i adresem placówki

.....  
Miejscowość

.....  
Data

.....  
Nr telefonu do placówki:

.....  
Adres e-mail do placówki:

## **ZASWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU**

(wypełnia kierownik placówki zatrudniającej wnioskodawcę)

Zaświadcza się, że Pani/Pan .....  
*imię i nazwisko*

- jest zatrudniony(a) w podmiocie leczniczym sprawującym opiekę nad uzależnionymi od alkoholu
- jest zatrudniony(a) w oddziale terapeutycznym Zakładów Karnych/Aresztów Śledczych dla osób uzależnionych
- jest zatrudniony w wymiarze co najmniej ½ etatu lub minimum 18 godzin tygodniowo
- jest zatrudniony(a) na stanowisku związanym z terapią osób uzależnionych\*

\*zaznaczyć właściwe

Forma zatrudnienia:

- UMOWA ZLECENIE       UMOWA O PRACĘ       KONTRAKT
- INNE, jakie .....

Jeśli placówka jest pomiotem leczniczym prosimy o zakreślenie właściwego resortowego kodu identyfikacyjnego (Część VIII kodu):

1740, 1744, 1741/5/7, 2712, 2724, 2740, 2744, 2754, 4740, 4742, 4744, 4752;

.....  
data i podpis KIEROWNIKA placówki