

Załącznik nr 2 do Załącznik nr 2 do ZARZĄDZENIA Nr 6/2025 Z-cy Dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom wykonującej zadania Dyrektora KCPU z dnia 15 stycznia 2025 r. w sprawie ogłoszenia o konkursie na uzyskanie ze środków Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom finansowania szkolenia w dziedzinie uzależnień realizowanego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie szkoleń w dziedzinie uzależnień w części superwizje kliniczne realizowane w 2025 r.

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

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Nr telefonu do placówki:

.....
Adres e-mail do placówki:

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

(wypełnia kierownik placówki zatrudniającej wnioskodawcę)

Zaświadcza się, że Pani/Pan
imię i nazwisko

jest zatrudniony(a) w placówce prowadzącej rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi przez przyjmowanie środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych

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 i rehabilitacją 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, 1741/3/4/5/6/7, 2712, 2714, 2724, 2726, 2740, 2742, 2744, 2746, 2752, 2754, 2756, 2758, 4740, 4744, 4746, 4750, 4754, 4756.

.....
data i podpis KIEROWNIKA placówki