*Załącznik nr 17 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”*

…………………………………….

*pieczęć zakładu pracy*

ZAŚWIADCZENIE

*wydane przez Zakład Pracy*

Pan/Pani ………………..……………………………………………………………………………………

nr PESEL …………………………………………………………………………………………………….

jest zatrudniony/a na stanowisku …………………………………………………………………………

* na czas określony, od dnia:.............................................. do dnia: ……………………………………
* na czas nieokreślony, od dnia: ……………………………………

# Na podstawie:

# umowy o pracę

# umowy cywilnoprawnej

# stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę

# staż zawodowy

# Zakład pracy dofinansowuje koszty nauki na poziomie wyższym / opieki nad dzieckiem\*:

# tak, w wysokości ………………………………….. złotych

# nie

# nie dotyczy

……………………………………………………

data i podpis osoby upoważnionej

do wystawienia zaświadczenia

\*należy wybrać zgodnie z wnioskiem, niepotrzebne skreślić