

Data

.....
/pieczęć zakładu/

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pani / Pan
(imię i nazwisko)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

jest aktualnie zatrudniona /y w
(nazwa zakładu pracy)

na stanowisku pielęgniarki / położnej / pielęgniarza / położnego* i wykonuje zawód w:

.....
(wpisać właściwą nazwę komórki organizacyjnej zakładu pracy)

Zaświadczenie wydaje się dla OIPiP w Poznaniu w celu zakwalifikowania do dofinansowania kosztów kształcenia kursu kwalifikacyjnego / specjalizacji* w dziedzinie

.....
(wpisać nazwę kursu / specjalizacji)

.....
Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

*niepotrzebne skreślić