, dnia 2024 r.

miejscowość data

………………………………………………

ul. …………………………………………..

………………………………………………
(nazwa, dane teleadresowe pracodawcy)

***ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU***

Zaświadcza się, że Pani/ Pan:

Imię i nazwisko: …………………………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………

…………………………………………………………

Zatrudniona/y jest w:

Nazwa i adres pracodawcy: …………………………………………………………

 …………………………………………………………

…………………………………………………………

od dnia ……………………………………………………………………….………. r. na stanowisku ……………………………………………………………………………………………….…………

Pracownik nie znajduje się w okresie wypowiedzenia.

**(Proszę zaznaczyć „X” właściwe pole):**

|  |  |
| --- | --- |
| Pracownik w podmiocie leczniczym w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej |  |
| Osoba zatrudniona w przedsiębiorstwie o profilu farmaceutycznym, wyrobów medycznych, rozwiązań IT dla sektora ochrony zdrowia, badań klinicznych, biotechnologicznym |  |
| Pracownik uczelni wyższej o profilu biomedycznym |  |
| Pracownik administracji systemu ochrony zdrowia i obszaru zdrowia publicznego, z wyłączeniem pracowników Agencji Badań Medycznych |  |

………………………………………………………..

*pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej*