

....., dnia ..... 2024 r.  
miejsowość data

.....

ul. ....

.....

(nazwa, dane teleadresowe pracodawcy)

### ***ZASWIADCZENIE 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*