

.....
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 zatrudniona/y w placówce prowadzącej rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi przez przyjmowanie środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych,

jest zatrudniona/y na stanowisku związanym z terapią i rehabilitacją osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi przez przyjmowanie środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych,

jest zatrudniony w wymiarze co najmniej ½ etatu lub minimum 18 godzin tygodniowo.

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, 1746, 2714, 2726, 2740, 2742, 2746, 2752, 2756, 2758,
4740, 4746, 4750, 4754, 4756

.....
data i podpis KIEROWNIKA placówki