

OŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Ja niżej podpisany/a.....PESEL:

(Imię i nazwisko)

oświadczam, że jestem zatrudniona/y w:

.....

(nazwę i adres)

.....
na stanowisku.....

Jednocześnie oświadczam, iż pracuję :

1. W systemie publicznym

w systemie ochrony zdrowia (np. szpital, przychodnia itp.)

poza systemem ochrony zdrowia (np. placówka oświatowa, placówka opiekuńczo-wychowawcza, uczelnia itp.)

2. W systemie prywatnym

w systemie ochrony zdrowia (np. szpital, przychodnia itp.)

poza systemem ochrony zdrowia (np. placówka oświatowa, placówka opiekuńczo-wychowawcza, uczelnia itp.)

Wartość udzielonej pomocy publicznej/ pomocy de minimis w okresie ostatnich trzech lat wyniosła.....

.....
data i czytelny podpis