**ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU**

Zaświadcza się, że

Pan/Pani:………………………………………………………………………………………..

(Imię i nazwisko)

PESEL: ……………………………………………………..

jest zatrudniona/y w:

….……………………………………………………………………………………………………….

(Miejsce pracy)

na stanowisku: …………………………………………………………………………………….

(Nazwa stanowiska)

a jego/jej zakres obowiązków służbowych obejmuje m.in.: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(wpisać zadania uprawniające do wzięcia udziału w szkoleniach organizowanych w ramach projektu POWR.05.02.00-00-0004/20 określone dla danej grupy docelowej, zgodnie z § 2 ust. 5 Regulaminu[[1]](#footnote-1) – nie dotyczy pracowników podmiotów leczniczych, w przypadku których o przynależności do grupy docelowej decyduje sam fakt zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz pracowników dydaktycznych)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość  i data | czytelny podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej przez pracodawcę |

1. Zgodnie z § 2 ust. 5 Regulaminu Uczestnikami Projektu mogą być, w przypadku

   1. pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia - osoby zajmujący się rozliczeniami świadczeń opieki zdrowotnej lub prowadzeniem analiz na podstawie danych przekazywanych do Funduszu przez podmioty lecznicze;
   2. pracowników powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych – osoby zatrudnione w sekcjach epidemiologii;
   3. pracowników Głównego Urzędu Statystycznego – wykonywać zadania koderów przyczyn zgonu

   [↑](#footnote-ref-1)