…….…….....

pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez pracodawcę / zakład pracy dla potrzeb Realizatora programu – dotyczy dofinansowania ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd“

Pan/Pani ..... zamieszkały/a

w …..... przy ul. …....,

nr PESEL .....

jest zatrudniona od dnia …..... do dnia ….....

na czas nieokreślony* / inny, jaki *….....

nie otrzymuje / otrzymuje* dofinansowanie/a na pokrycie kosztów nauki na/w*

…….....

…….....

…….……

(pełna nazwa i adres szkoły, wydział, kierunek)

na miesiąc/ semestr* w wysokości …….....zł

słownie…….....…….....

w roku akademickim/szkolnym*…….....

…..... ….....

miejscowość i data podpis pracodawcy

*- niepotrzebne skreślić