Fundusze Europejskie
Program Regionalny

SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Załącznik 4 do *Regulaminu uczestnictwa w projekcie*
Zaświadczenie o zatrudnieniu na obszarze woj. wielkopolskiego

……
Pieczątka przedsiębiorstwa

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

(FORMULARZ PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Nazwa przedsiębiorstwa

Ulica | **Nr domu** | **Nr lokalu** | **Miejscowość**

Kod pocztowy (-) | **Poczta** | **NIP przedsiębiorstwa**

Powiat | **Województwo**

Oświadczam, że Pan/i ……
(Imię i nazwisko)

zamieszkały/a ……
(Adres – ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

o numerze PESEL ……

jest zatrudniony/a na stanowisku …… na podstawie:

☐ umowy o pracę na czas nieokreślony
☐ umowy o pracę na czas określony od …… do ……
☐ umowy zlecenia od …… do ……
☐ umowy o dzieło od …… do ……
(właściwe zaznaczyć X)

i wykonuje pracę na terenie województwa wielkopolskiego.

Pracodawca może wydać swoje zaświadczenie pod warunkiem, że zawiera wszystkie w/w informacje.

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby projektu **„Opiekun Medyczny – zatroszcz się o nowy zawód" RPWP.08.03.02-30-0122/16**

……
Miejscowość, data

……
Podpis i pieczątka Wystawiającego