

.....
pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE

**wydane przez pracodawcę / zakład pracy dla potrzeb Realizatora programu – dotyczy
dofinansowania ze środków PFRON w ramach pilotażowego 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