

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE  
Al. Piłsudskiego 133 d, 92 – 318 Łódź  
tel./fax 42 676 34 87; 42 676 34 99; tel. kom. 691 300 349; 665 030 349  
NIP 728 23 82 535 REGON 472219069; e-mail: [pcpr@lodzkiwsgodni.pl](mailto:pcpr@lodzkiwsgodni.pl)

.....  
(pieczęć zakładu pracy)

## ZAŚWIADCZENIE

Pan/Pani.....  
zamieszkały/a .....przy ul.....  
nr PESEL ..... jest zatrudniony/a od .....

- ☐ czas nieokreślony  
☐ czas określony do .....

Forma zatrudnienia:

☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę (na czas nieokreślony bądź określony nie krótszy niż 3 miesiące)

☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania bądź spółdzielczej umowy o pracę (jeśli jego czas jest określony to nie może być krótszy niż 3 miesiące)

☐ stosunek pracy na podstawie umowy cywilnoprawnej (nie krócej niż 6 miesięcy)

☐ staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz.U. z 2019 r. poz. 1482, z późn. zm.) w:

.....  
.....

(pełna nazwa zakładu pracy)

Adres :

.....  
..... NIP .....

Informujemy, iż Pan/i .....

nie otrzymuje / otrzymuje \* od ww. pracodawcy dofinansowania/e na pokrycie kosztów uzyskania wykształcenia w wysokości (o ile dotyczy) .....

.....  
(data i podpis)

\* niepotrzebne skreślić