



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik 4 do Deklaracji uczestnictwa w projekcie „Realizacja programu kompleksowej rehabilitacji uwzględniającej aktywizację zawodową i wsparcie w powrocie do pracy”

Beneficjent:

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy

Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Lublinie

Nabór nr FELU.09.05-IZ.00-001/24

Projekt nr FELU.09.05-IZ.00-005/24

..... Pracodawca	 Miejscowość i data
---------------------	-----------------------------

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Imię i nazwisko											
Numer PESEL											
Stanowisko											
Jest zatrudniona/y w:											
Od dnia:		na czas nieokreślony/określony do dnia*									

.....
Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

*niepotrzebne skreślić

Dopuszcza się użycie zaświadczenia według wzoru używanego przez zakład pracy lub w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą właściwego potwierdzenia z CEIDG.



Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Lublinie
ul. Nałęczowska 27, 20-701 Lublin
tel: 81 533-00-34, www.womp.lublin.pl, info@womp.lublin.pl
NIP: 712-25-20-810, REGON: 431190120, KRS - 0000012209