

.....
pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE
wydane przez Zakład Pracy

Pan/Pani.....

zamieszkały/a w

jest zatrudniony/a w

.....
(nazwa, adres i tel. kontaktowy Zakładu Pracy)

na czas określony od dnia:..... do dnia:

na czas nieokreślony

Zakład pracy dofinansowuje koszty nauki na poziomie wyższym:

tak, w wysokości złotych na semestr/rok*

nie

data i czytelny podpis:.....

*niepotrzebne skreślić