

Golub-Dobrzyń, dnia

.....
(pieczęć oświadczającego)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Golubiu-Dobrzyniu**

Oświadczenie

*Oświadczam, że w okresie od do
zatrudniałem/am w pełnym wymiarze czasu pracy zgodnie z umową nr
..... z dnia
w sprawie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej
następujące osoby:*

1).

*w/w osoba nieprzebywała /przebywała * na urlopie bezpłatnym, urlopie macierzyńskim, urlopie wychowawczym,
świadczeniu rehabilitacyjnym, długotrwałym zwolnieniu lekarskim powyżej 33 dni lub innej długotrwałej
nieobecności w pracy.*

2).

*w/w osoba nieprzebywała /przebywała * na urlopie bezpłatnym, urlopie macierzyńskim, urlopie wychowawczym,
świadczeniu rehabilitacyjnym, długotrwałym zwolnieniu lekarskim powyżej 33 dni lub innej długotrwałej
nieobecności w pracy.*

*Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia
/art. 233 k.k./*

Wiarygodność przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(pieczęć i podpis oświadczającego)

*niepotrzebne skreślić