



.....  
(miejsowość i data wystawienia zaświadczenia)

## ZAŚWIADCZENIE

Nazwa, adres i pieczęć jednostki:

.....

.....

Niniejszym zaświadcza się, że .....

- Jest zatrudniony/a w naszym zakładzie pracy chronionej na czas określony/nieokreślony\* (w przypadku umowy na czas określony podać okres obowiązywania umowy):  
.....
- Uczęszcza na zajęcia warsztatu terapii zajęciowej / do dziennego ośrodka rehabilitacji\*, codziennie od poniedziałku do piątku, w okresie od ..... do .....
- Jest uczniem naszej szkoły/przedszkola\*, w klasie/grupie ..... w roku szkolnym .....
- Jest wychowankiem naszego domu dziecka / ośrodka wychowawczego\*
- Osiąga dochód równy lub niższy od kryterium dochodowego obowiązującego przy udzielaniu świadczeń z pomocy społecznej w miesiącu .....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.

\* niepotrzebne skreślić

(pieczęćka i podpis osoby upoważnionej do wystawienia zaświadczenia)

---

Część IV. (wypełnia pracownik ZDiT / MPK\*)

Uwagi: .....

.....

Wniosek rozpatrzony pozytywnie/negatywnie\*:

\* niepotrzebne skreślić

(podpis i pieczęćka pracownika ZDiT/MPK)

**ZAŚWIADCZENIE\***



*(pieczętka jednostki uprawnionej)*

**Nazwa i adres jednostki:** .....

**Imię i nazwisko:** .....

**Adres zamieszkania:** .....

**Miejsce uczęszczania na zajęcia (adres):**.....

**Data wystawienia dokumentu:**.....

\* zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia



*(pieczętka imienna i podpis)*