………………., dnia …………………….

………………………………………

………………………………………

(d*ane podmiotu wydającego zaświadczenie)*

**Z A Ś W I A D C Z E N I E**

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/Pani .......................................................................................

urodzony/a dnia ............................................................. w ...........................................................................

zamieszkały/a w ............................................................................... kod poczt. ..........................................

ul. ................................................................... nr domu ......................... nr mieszkania .............................

legitymujący/a się dowodem osobistym seria .............................. nr ........................................................

posiadający/a PESEL …………….., posiadający/a prawo wykonywania zawodu farmaceuty   
nr ……………………….….. wydane przez …………………………………………………..

jest/był/a zatrudniony/a w .........................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

na stanowisku ..................................................................................................................................................

na podstawie umowy ....................................................................... w wymiarze ........................................ w następujących okresach:

………………………………………………

………………………………………………

………………………………………………

………………………………………………

W czasie zatrudnienia w/w:

1. korzystał/a ze świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby   
   i macierzyństwa obejmujących zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, zasiłek macierzyński, zasiłek opiekuńczy w okresie …………………………………………………………………………………………………………………………………………………............................................................................................................................................................…………………………....,
2. korzystał/a z urlopu bezpłatnego udzielonego przez pracodawcę w okresie ………………………………………...……...……………………………………………....,
3. pozostawał/a w czasowej niezdolności do pracy w okresie …………………………………...………...………………………………………………....,
4. korzystał/a z uprawnień związanych z rodzicielstwem, wynikających z kodeksu pracy   
   w okresie ………………………………...…………………...……………………………....,
5. korzystał/a z urlopu wychowawczego w okresie ………………………………………………...…………...………………………………....,
6. faktycznie nie świadczył/a usług w aptece z innych przyczyn w okresie ……………………………………………...………...……………………………………....

***Wydając niniejsze zaświadczenie zdaję sobie sprawę, że ponoszę odpowiedzialność prawną w przypadku podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym.***

…………………………..…..

*(podpis)*