***WZÓR ZAŚWIADCZENIA POTWIERDZAJĄCEGO KONTAKT Z OSOBĄ Z USZKODZONYM SŁUCHEM NA STANOWISKU PRACY***

 *miasto, data*

*Pieczęć zakładu pracy*

*(w przypadku braku pieczęci
proszę wpisać dane miejsca pracy)*

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadczam, że Pani Janina Kowalska na swoim stanowisku pracy ma kontakt z osobami z uszkodzonym słuchem.

Zaświadczenie wydaje się na prośbę zainteresowanej.

*Podpis i pieczątka dyrektora\* zakładu pracy lub osoby*

*upoważnionej do reprezentowania zakładu*

*\* Dotyczy osoby zarządzającej zakładem pracy/firmą*

***WZÓR ZAŚWIADCZENIA POTWIERDZAJĄCEGO KONTAKT Z OSOBĄ Z USZKODZONYM SŁUCHEM W PRZYPADKU WOLONTARIATU***

*Pieczęć fundacji* ***lub*** *stowarzyszenia miasto, data*

*(w przypadku braku pieczęci
proszę wpisać dane miejsca pracy)*

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadczam, że Pani Janina Kowalska jest wolontariuszem w naszej fundacji/stowarzyszeniu. Podczas realizowania swoich zadań ma kontakt z osobami z uszkodzonym słuchem.

Zaświadczenie wydaje się na prośbę zainteresowanej.

*Podpis i pieczątka prezesa\* fundacji/stowarzyszenia*

*lub osoby upoważnionej do reprezentowania fundacji/stowarzyszenia*

*\* Dotyczy osoby zarządzającej zakładem pracy/firmą*