

.....
Miejscowość i data

Zaświadczenie

Zaświadcza się, że Pani/Pan....., zamieszkała/(y):
.....,legitymująca się dowodem
osobistym seria i nr dowodu osobistego/PESEL.....jest/był(a)
zatrudniona/odbył(a) praktyki zawodowe/staż jako
w okresie od..... do..... w (nazwa zakładu pracy)

.....
będącą jedną z niżej wymienionych placówek wskazanych w Rozporządzeniu Ministra
Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych
(Dz. U. z 2005r. nr 189, poz. 1598 ze zm.)
(zaznaczyć właściwe) :

- a. szpitalu psychiatrycznym
- b. jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- c. placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym,
- d. ośrodka terapeutyczno – edukacyjno - wychowawczym,
- e. zakładzie rehabilitacji
- f. innej jednostce niż wymienione w pkt a-f, świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi

.....