

....., dnia..... 2024 r.  
(miejsowość, data)

.....  
.....  
.....  
(nazwa, dane teleadresowe pracodawcy)

**ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU ORAZ POTWIERDZENIE INFORMACJI  
W ZAKRESIE DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO**

Zaświadcza się, że Pani/ Pan:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Zatrudniona/y jest w sektorze biomedycznym:

Nazwa i adres pracodawcy: .....

.....

.....

od dnia\*.....

na stanowisku.....

Jednocześnie oświadczam, że pracownik nie znajduje się w okresie wypowiedzenia.

\*Jeżeli wymagany wymiar doświadczenia zawodowego nie został osiągnięty u aktualnego pracodawcy, należy dołączyć kopię świadectwa pracy lub potwierdzenie okresu zatrudniania sporządzone z zastosowaniem określonego powyżej wzoru.

Proszę zaznaczyć „X” właściwe pole:

- Pracownik w podmiocie leczniczym w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- Osoba zatrudniona w przedsiębiorstwie o profilu farmaceutycznym, wyrobów medycznych, rozwiązań IT dla sektora ochrony zdrowia, badań klinicznych, biotechnologicznym;
- Pracownik uczelni wyższej o profilu biomedycznym;
- Pracownik administracji systemu ochrony zdrowia i obszaru zdrowia publicznego, z wyłączeniem pracowników Agencji Badań Medycznych;
- Osoba wykonująca zawód medyczny\*\*.

.....

*pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej*

\*\*Osoby wykonujące zawód medyczny składają wydruk z właściwego rejestru osób uprawnionych do wykonywania danego zawodu medycznego.