………………………………

*(Miejscowość i data)*

**……………………………..**

**……………………………..**

Pieczęć nagłówkowa

**ZAŚWIADCZENIE**

Zaświadcza się, iż Pan/Pani ………………………………………………..,

PESEL ………………………………………………………………………

Sprawował/a bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną/pracował/a jako osoba opiekująca się osobami niepełnosprawnymi\*

w okresie od …………………………… do ………………………………………. .

………………………………

Podpis wydającego zaświadczenie

\*niepotrzebne skreślić