

\_\_\_\_\_  
(pieczęć pracodawcy)

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ r.

## ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadcza się, że Pani/Pan \_\_\_\_\_  
urodzona/y dnia \_\_\_\_\_ w \_\_\_\_\_  
zamieszkała/y \_\_\_\_\_  
odbywała/ł naukę w zawodzie:

\_\_\_\_\_  
(nazwa zawodu)

w okresie od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_  
na podstawie umowy zarejestrowanej w Izbie/Cechu pod nr: \_\_\_\_\_  
i naukę ukończył\*

\_\_\_\_\_  
(pieczęć i podpis osoby  
uprawnionej przez pracodawcę)

Izba lub Cech potwierdza zgodność danych zawartych w zaświadczeniu (Potwierdzenie wymagane, jeżeli pracodawca kandydata jest zrzeszony w Izbie/cechu.)

\_\_\_\_\_  
(pieczęć cechu)

\_\_\_\_\_  
(pieczęć i podpis osoby  
uprawnionej przez cech)

\* Jeżeli nauka nie została ukończona skreślić ostatnie 3 ostatnie wyrazy.