

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć zakładu pracy)

Z A Ś W I A D C Z E N I E wydane przez pracodawcę

Niniejszym zaświadcza się, że:

Pani/Pan

zamieszkała/y w, przy ul.,

nie otrzymuje/ otrzymuje w kwocie : dofinansowanie/a na pokrycie

kosztów nauki w :

.....
(nazwa uczelni, adres, wydział, kierunek)

.....
(pieczęć i podpis pracodawcy)

*** niepotrzebne skreślić**