Załącznik nr 4

……………………………………………………………..

(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE O ABSENCJACH

Niniejszym zaświadczam, że Pan/Pani[[1]](#footnote-1)……………………………………………………………………………………….

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

**nie wykonywał/a zawodu lekarza/lekarza dentysty w podmiocie leczniczym**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(pełna nazwa i adres)

zgodnie z poniższym zestawieniem:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Okres od…. do….** | **Powód absencji[[2]](#footnote-2)** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

**Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.**

……………………………………………………………………..

(podpis i pieczątka kierownika podmiotu leczniczego)

1. Zaznacz właściwe. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wybrać spośród: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, zasiłek macierzyński, zasiłek opiekuńczy, urlop bezpłatny, urlop ojcowski, urlop wychowawczy, wynagrodzenie chorobowe. [↑](#footnote-ref-2)