

.....
/pieczęć zakładu pracy/

.....
/miejsowość, data/

ZAŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko

Zamieszkały/a*

Jest zatrudniony/a* w

Wezwany/a na dzień w celu stawienia się przed Powiatową Komisją
Lekarską w Ostrołęce na kwalifikację wojskową.

**Dzień jest dla w/w dniem pracy i pracodawca za ten dzień
nie wypłaci wynagrodzenia.**

.....
/pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej/

* Niepotrzebne skreślić