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

/pieczęć zakładu pracy/ /miejscowość, data/

**Z A Ś W I A D C Z E N I E**

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