Potvrzení o zaměstnání pro účely očkování proti nemoci covid-19

Název právnické osoby vykonávající činnost poskytovatele sociálních služeb, nebo obce* či kraje* (zaměstnavatel):	
Sídlo právnické osoby vykonávající činnost poskytovatele sociálních služeb nebo obce* či kraje*:	
Příjmení, jméno a titul zaměstnance:	

Tímto potvrzuji, že výše uvedený/á je zaměstnancem/zaměstnankyní poskytovatele sociálních služeb nebo obce či kraje, zařazen/a na úřadu jako sociální pracovník/pracovnice.

V ………………………….. dne ………………..

………………………………………………………...
Jméno a podpis statutárního zástupce zaměstnavatele

*Zaměstnanci krajů a obcí, kteří jsou zařazeni do úřadu jako sociální pracovníci v rozsahu zákonů č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, v platném znění nebo sociálních pracovníků zařazených k výkonu sociálně právní ochrany dětí.