………...............................

Komórka organizacyjna:……………………………… (miejscowość, data)

**Dział Kadr i Spraw Socjalnych (DLK)**

**w miejscu**

Potwierdzam, że Pan/Pani .....................................................................................................................

nr osobowy ..............., przebywa na zwolnieniu lekarskim minimum 30 dni tj.

od dnia ...............................................do dnia ..................................................

....................................................................................

data, podpis i pieczęć kierownika komórki organizacyjnej