**1. SZÁMÚ MELLÉKLET**

**Munkáltatói igazolás**

…………………………………………………………………………………………………….mint munkáltató igazolom, hogy ……………………………………………………………………………………………/név/ ……………………………………………………………………………………………………/születési név/

……………………………………………………………………………………………………/szül. hely, idő, anyja neve/ ………………………………………………………………………..szám alatti lakos ………………………. napjától kezdődően áll alkalmazásunkban, beosztása: …………………………………………………………………..

A munkaügyi osztályon rendelkezésre álló adatok szerint, fent nevezett dolgozónk, tanulói jogviszonnyal rendelkező gyermekeinek száma …………………………fő.

A munkáltató igazolja, hogy a fent nevezett dolgozónk közvetlenül részt vett-e a COVID-19 járvánnyal fertőzött betegek ellátásában, ápolásában*,* illetve a kapcsolódó járványügyi intézkedések végrehajtásában. 1

|  |  |
| --- | --- |
|  | IGEN |
|  | NEM |

Ezen igazolást nevezett kérésére, hivatalos felhasználásra adtuk ki.

…………………………..., 2020. …………………

P.H.

 …………………………………..

 cégszerű aláírás

1 A kapcsolódó járványügyi intézkedések végrehajtásában közreműködők azok, akik járvány idején az egészségügyi szolgáltatásban aktívan részt vettek, 2 hetet meghaladó távolléten nem voltak.