****  

**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.