 

**Potvrzení o zaměstnání pro účely očkování proti nemoci COVID-19 vystavené poskytovatelem služby péče o dítě v dětské skupině (mikrojesle)
nebo zařízením pro děti vyžadující okamžitou pomoc (dále jen „zaměstnavatel“)**

**tímto potvrzuje, že je u něj níže uvedený zaměstnanec zaměstnán
v přímé péči o děti.**

|  |
| --- |
| **Zaměstnanec** |
| **Příjmení a jméno** |  |
| **Datum narození** |  |

|  |
| --- |
| **Zaměstnavatel** |
| **IČ** |  |
| **Název** |  |
| **Sídlo** |  |

V …………………………. dne ………………. ….…………………………………………………...

Jméno a podpis statutárního zástupce subjektu, razítko