



ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ MČ PRAHA 4  
Kotorská 1590/40  
140 00 Praha 4

## Potvrzení podpořené osoby o vazbě na trh práce

Potvrzení je vydáváno pro potřeby umístění dítěte v dětské skupině .....  
Zdravotnického zařízení městské části Praha 4.

Jméno podpořené osoby: .....

Datum narození podpořené osoby: .....

### **Potvrzují, že výše uvedená osoba (zaškrtněte prosím jednu z uvedených možností):**

- Je **zaměstnaná** (razítko od zaměstnavatele níže) a práci v současné době aktivně vykonává na základě:  
 prac. smlouvy       DPP       DPČ       jiného vztahu: .....

Výše pracovního úvazku ..... (v případě výkonu práce na DPP uveďte prosím počet hodin za měsíc)

Trvání smluvního vztahu:

- od .....20..... do .....20.....       na dobu neurčitou

- Je **OSVČ**, tedy vykonává podnikatelskou činnost (nutno doložit výpis z ČSSZ či obdobný výpis)
- Je **nezaměstnaná** a evidovaná na úřadu práce - zaměstnání si aktivně hledá (razítko od ÚP níže)
- Je zapojena v procesu **vzdělávání či rekvalifikace** (razítko od vzdělávací instituce níže)

V Praze dne .....

Razítko a podpis organizace .....



EVROPSKÁ UNIE  
Evropské strukturální a investiční fondy  
Operační program Praha – pól růstu ČR

