

**Potvrzení o výkonu zaměstnání pro zaměstnance integrovaného  
záchranného systému s trvalým pobytem v ORP Uherský Brod.**

**Potvrzujeme, že osoba**

Jméno a příjmení:.....

Datum narození:.....

Bydliště:.....

Pracuje (název společnosti, úřadu, organizace):

.....

Místo výkonu práce:.....

V ..... dne.....

.....

Razítko a podpis zaměstnavatele