



(pieczęć zakładu pracy)

## **Zaświadczenie o pracy w kontakcie z pacjentem uzależnionym**

Zaświadczam niniejszym, że Pan/Pani

---

realizuje działania na zasadzie:  
wolontariatu, stażu, zatrudnienia \_\_\_\_\_

od dnia \_\_\_\_\_

w wymiarze \_\_\_\_\_

Zgodnie z Programem uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach leczenia odwykowego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (DZ.U. poz. 734)

---

(data i podpis kierownika placówki)

