



Pieczęć podmiotu wykonującego  
działalność leczniczą

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W ZAWODZIE TANCERZA/TANCERKI

Zaświadczenie wystawia się w przypadku stwierdzenia utracenia zdolności do wykonywania pracy w zawodzie tancerza/tancerki z przyczyn zdrowotnych.

### Dane osoby ubezpieczonej

PESEL	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>		
	dd / mm / rrrr		
	Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>		
	Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL		
Imię	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>		
Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		
	Podaj, jeśli adres jest inny niż polski		

Zaświadczam, że Pani/Pan ..... z przyczyn zdrowotnych jest niezdolna/y do trwałego wykonywania pracy w zawodzie *tancerza/tancerki w pełnym wymiarze czasu pracy, co uniemożliwia generowanie głównych dochodów z pracy tancerza/tancerki.*

Data

dd / mm / rrrr

\_\_\_\_\_  
Pieczęć i podpis lekarza

***Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe i zgodne z rzeczywistym stanem. Oświadczam również, że zostałam/em pouczone, iż podanie danych nieprawdziwych skutkować może nie tylko koniecznością zwrotu przekazanych mi środków, jako pobranych nienależnie, ale także odpowiedzialnością za celowe i świadome wprowadzenie w błąd w celu uzyskania takich środków.***

Data

dd / mm / rrrr

\_\_\_\_\_  
Pieczęć i podpis lekarza

Zaświadczenie lekarskie wydane na potrzeby udokumentowania wyjątkowych uprawnień tancerza/tancerki celem wnioskowania o dofinansowanie w ramach Programu Przekwalifikowania Zawodowego Tancerzy prowadzonego przez Narodowy Instytut Muzyki i Tańca.