



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

Zaświadczam, że Pani/Pan z przyczyn zdrowotnych nie 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.