



OPERAČNÝ PROGRAM  
ĽUDSKÉ ZDROJE

## Potvrdenie zamestnávateľa o trvaní pracovného pomeru zamestnanca

č. .... /20....

**Zamestnávateľ (názov/meno a priezvisko fyzickej osoby):**

**Sídlo právnickej osoby/Trvalý pobyt fyzickej osoby:**

**IČO:** .....

potvrďuje, že zamestnanec

**Meno a priezvisko:** ..... **Titul:** .....

**Dátum narodenia:** ..... **Rodné číslo:** .....

**Adresa trvalého/prechodného\* pobytu:**

bol v kalendárnom mesiaci ..... 20.... v pracovnom pomere,

- a) ktorý sa začal dňa ..... a naďalej trvá\*,  
b) ktorý sa skončil dňom ..... \*

Zamestnanec v danom kalendárnom mesiaci:

- odpracoval ..... dní/služieb (skutočná prítomnosť v práci)
- zamestnávateľ vyznačí odpracované dni zakrúžkovaním:  
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31.,
- neodpracoval ..... dní/služieb.

Vybavuje: ..... Telefonický kontakt: .....

V ..... dňa .....

\_\_\_\_\_

odtlačok pečiatky a podpis  
zamestnávateľa

\* vybrať relevantnú možnosť