**MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS**

Alulírott munkáltató igazolom, hogy ……………………………………………….……név

…………………………………………………………(leánykori név) alkalmazásunkban áll.

**Igazolom, hogy**

 **munkakörében a járványügyi helyzettel összefüggő feladatokat lát el**

**vagy**

**munkavégzése alól nem tudom mentesíteni, számára otthon végezhető munkát nem tudok biztosítani**

(Kérjük, a megfelelőt az adott négyzetben x-szel jelölje!)

…………………………………, 2020……………………hó……………………..nap

 P.H.

 ………………………………………….

 munkáltató