

.....  
*Pieczątka Placówki*

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

Zaświadczam, że Pani / Pan .....

jest zatrudniona /-y , odbywa wolontariat (*niewłaściwe skreślić*)

w .....

.....  
w wymiarze ..... od dnia .....

na stanowisku .....

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Pieczątka i podpis Kierownika Placówki*

---

*\* wystawia się na prośbę Małopolskiego Ośrodka Szkolenia Terapeutów Uzależnień – Organizatora pierwszego etapu szkolenia w procesie certyfikacji terapeutów uzależnień akredytowanego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych pod nazwą Studium Psychoterapii Uzależnień*