**IGAZOLÁS**

megváltozott munkaképességű munkavállalói támogatásra meghirdetett alapítványi pályázathoz

Alulírott, a Magyar Posta HR szervezetének képviselőjeként az alábbi adatokkal rendelkező munkavállaló kérésére

név: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(születési hely és idő: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) igazolom, hogy nevezett a Magyar Posta Zrt-nél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ napjától munkaviszonyban áll, és a megváltozott munkaképességet igazoló szakhatósági igazolással1 rendelkezik, melynek érvényessége:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **napjáig szól(t)**.

Kelt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HR szervezet képviselője:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

illetékes HR szervezet neve:

aláírás, bélyegző

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 a 2011. évi CXCI. törvényben meghatározott megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatási kategóriák alapján