*4.sz. melléklet*

# MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS KERESŐTEVÉKENYSÉGRŐL

**(bölcsődei ellátás igénybe vételéhez)**

**Munkáltató adatai**

Munkáltató neve:………………………………………………………………………………

Munkáltató címe: ………………………………………………………………………………

Munkáltató tel.száma:…………………………………………………………………..………

**Munkavállaló adatai:**

Neve:……………………………………………………………………………………………

Születési neve:…………………………………………………………………………………..

Anyja neve: ……………………………………………………………………………………

Születési helye és ideje: ………………………………………………………………………...

Adóazonosító jele: ……………………………………………………………………………....

Lakcíme: ………………………………………………………………………………………...

Jogviszony kezdete a munkáltatónál:……………………………………………………………

Munkaideje:……………………………………………………………………………………

**Egyéb információ:** *(a megfelelő* *rész töltendő)*

Nevezett munkavállaló fizetés nélküli szabadságát a munkáltatónál …………év hó

………napon megszakította, aktív kereső tevékenységet folytat.

Nevezett munkavállalót a munkáltatónál ………… év……….. hó naptól alkalmazni

fogjuk.

Kelt: ………………………, 20… …..………. hó …… nap

…………………………………………………. munkáltató cégszerű aláírása

# Adatszolgáltatás biztosítási jogviszonyról Gazdasági társaságok vezetői, egyéni vállalkozók részére

**(bölcsődei ellátás igénybe vételéhez)**

**Munkáltató adatai**

Cég neve:………………………………………………………………………………………

Cégjegyzékszám:………………………………………………………………………………

Székhelye: ……………………………………………………………………………………

Adószáma:……………………………………………………………………………………

# Gazdasági társaság vezetője, egyéni vállalkozó:

Neve: …………………………………………………………………………………………

Születési neve:…………………………………………………………………………………

Anyja neve: ……………………………………………………………………………………

Születési helye és ideje: ……………………………………………………………………….

Adószáma: ……………………………………………………………………………………

Lakcíme: ………………………………………………………………………………………

Munkaideje:……………………………………………………………………………………

Alulírott a NAV Zala Megyei Igazgatósága nevében igazoljuk, hogy fent nevezett biztosítási jogviszonya fennáll.

Kelt: ………………………, 20… …..………. hó …… nap

………………………………………………….

NAV Zala Megyei Igazgatósága