____
назва закладу

____
адреса закладу

«___» ___________2026 р. *вих. № _____________*

Довідка

видана ____
П.І.Б.

хто має _________________________ *освіту в тому , що він (вона) у 2026 році дійсно працює у*
(вищу/сер.спеціальну, тощо)

вищевказаному закладі на посаді ____ *.*

**Кількість підопічних, які потребують соціальної допомоги _____ .*

**Кількість підопічних з якими спілкується на угорській мові _____ .*

Довідка видана за місцем вимоги .

Директор, ПІБ *м. п.* *підпис*

** стосується тільки медичних працівників, педагогів та вихователів закладу.*

- -

Переклад/ Fordítás

GIR

____
az intézmény megnevezése

____
az intézmény címe

2026 . ___________ ____ *№ _____________*

Igazolás

*Igazolom, hogy*____
név

aki ___________________________ *végzettséggel rendelkezik, a 2026 évben a fent nevezett intézmény*
(felső/ szakközép, stb fokú)

dolgozója ___________________________ *beosztásban.*

** Hány ellátottall foglalkozik: ________ .*

** Hány ellátottoll foglalkozik magyar nyelven: ________ .*

Az igazolás igény szerinti felmutatásra szolgál

A fordítás hitelességét igazolom: *(az alapítvány megbízottja)*

** csak az egészségügyi dolgozókra, pedagógusokra és nevelőkre vonatkozik.*