



**ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU I WYSOKOŚCI WYNAGRODZENIA**

Zaświadcza się, że Pan/Pani

IMIĘ I NAZWISKO

ADRES ZAMIESZKANIA (KOD, MIEJSCOWOŚĆ, NR DOMU)

NUMER PESEL

<b>Jest zatrudniony / zatrudniona:</b>	
<b>W</b>	<input type="text"/> NAZWA PRACODAWCY
	<input type="text"/> ADRES PRACODAWCY (KOD, MIEJSCOWOŚĆ, NR DOMU)
	<input type="text"/> NIP PRACODAWCY <input type="text"/> REGON PRACODAWCY
<b>Od dnia</b>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> DATA (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK)
<b>Na podstawie</b>	<input type="checkbox"/> umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> umowy o pracę zawartej na czas określony do dnia ....., będącej: <input type="checkbox"/> pierwszą <input type="checkbox"/> kolejną umową o pracę <input type="checkbox"/> umowy zlecenia <input type="checkbox"/> umowy o dzieło <input type="checkbox"/> innej umowy (jakiej): .....
<b>Na stanowisku</b>	<input type="text"/>
<b>Średnie miesięczne wynagrodzenie netto za ostatnie 3 miesiące</b>	<input type="text"/> PLN
	SŁOWNIE ZŁOTYCH <input type="text"/>
<b>Powyższe wynagrodzenie jest miesięcznie obciążone</b>	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, kwotą w wysokości <input type="text"/> PLN z tytułu: <input type="checkbox"/> wyroków sądowych <input type="checkbox"/> zajęć komorniczych <input type="checkbox"/> pożyczek zakładowych / kredytów pracowniczych / kasy zapomogowo-pożyczkowej
<b>Pracownik</b>	przebywa na urlopie wychowawczym: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE przebywa na urlopie bezpłatnym dłuższym niż 30 dni /zwolnieniu lekarskim powyżej 30 dni: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE przebywa na urlopie macierzyńskim: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE znajduje się w okresie wypowiedzenia: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE znajduje się w okresie wypowiedzenia w związku z przejściem na emeryturę/rentę: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Pracodawca</b>	znajduje się w stanie likwidacji lub upadłości: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia.

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe i kompletne. Oświadczam również, że znane mi są konsekwencje z tytułu odpowiedzialności karnej wynikającej z podania nieprawdziwych danych.

 -  -   
DATA (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK)  
PIECZĘĆ FIRMOWA ZAKŁADU PRACY  
CZYTELNY PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ W IMIENIU PRACODAWCY  
I STEMPEL IMIENNY