**ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU I ZAROBKACH**

|  |
| --- |
| **Dane zakładu pracy:** |
| **Nazwa:** |  |
| **Adres:**  |  |
| **NIP:**  |  |
| **Nr tel.:**  |  |

Niniejszym zaświadcza się, że Pani/Pan:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Adres zamieszkania:** |  |
| **Dowód osobisty (seria i nr):** |  |
| **PESEL:** |  |

**jest zatrudniona/y w ………………………………………………………………………………………………**

**na stanowisku ……………………………………………………….……………………………………………….**

**od dnia ………………………………………………………………………………………………………………….,**

**na podstawie:**

- umowy o pracę na czas nieokreślony,\*

- umowy o pracę na czas określony do dnia\* :………………………….

- innego rodzaju umowy cywilnoprawnej\*:……………………………..

**Średnia kwota wynagrodzenia miesięcznego netto** ww. pracownika wyliczona z okresu ostatnich 3 miesięcy wynosi po potrąceniu: zaliczek na podatek, składek na ubezpieczenie społeczne, składek na ubezpieczenie zdrowotne \*

.**.…………………….............. zł**

**słownie złotych:** **…………………………………………………………………………………………………….**

Wynagrodzenie powyższe **jest / nie jest**\* obciążone miesięcznie z tytułu wyroku sądowego lub z innych tytułów w kwocie:

……………………………………. zł

słownie złotych: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

z tytułu …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wynagrodzenie powyższe **jest / nie jest**\* obciążone miesięcznie z tytułu pożyczki/kredytu udzielonego przez ZFŚŚ w kwocie:

……………………………………. zł

słownie złotych: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Pracownik:

**Znajduje się / nie znajduje się**\* w okresie wypowiedzenia umowy/okresie próbnym,

**Jest / nie jest**\* pracownikiem sezonowym,

**Złożył / nie złożył**\* wniosek o rozwiązanie stosunku pracy za porozumieniem stron.

Zakład wystawiający niniejsze zaświadczenie **znajduje się / nie znajduje się**\* w stanie likwidacji, upadłości lub restrukturyzacji.

Zaświadczenie niniejsze jest ważne w okresie 30 dni od daty jego wystawienia.

…………………………………………… ……………………………………………………

*(miejsce i data wystawienia zaświadczenia) (podpis i imienna pieczątka służbowa kierownika
 zakładu pracy lub osoby upoważnionej)*

 ………………………………………………………

  *(pieczęć firmowa zakładu pracy)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Wyrażam zgodę na uzyskanie przez pracownika BARR SA od ww. zakładu pracy potwierdzenia danych zawartych w powyższym zaświadczeniu.

 ………………………………………………………………….…….

 *(data i podpis osoby, której dotyczy zaświadczenie)*