



....., dnia.....

.....
pieczęć firmowa zakładu pracy (nr NIP i REGON)

Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia.

**ZAŚWIADCZENIE
o zatrudnieniu i wysokości wynagrodzenia**

Niniejszym zaświadcza się, że Pan*/Pani*
(imię i nazwisko)

zamieszkały*/a*

PESEL.....legitymujący*/a* się dokumentem tożsamości o nazwie

.....Seria.....Nr..... wydany dnia

przez

zatrudniony*/a* jest w

(pełna nazwa zakładu pracy i jego adres, numer pod którym została zarejestrowana działalność gospodarcza, REGON, NIP)

od dnia

w pełnym wymiarze czasu pracy tak nie

w niepełnym wymiarze czasu pracy, naczęść etatu

na stanowisku

Umowa o pracę zawarta z wyżej wymienionym to umowa:

- na czas nieokreślony*
- na czas określony do dnia*
- na okres próbny do dnia*
- inna (opisać jaka)*

Średnie miesięczne **wynagrodzenie netto** z ostatnich ~~dwunastu~~ **trzech*** miesięcy wynosi zł.....
(słownie złotych:).

Wynagrodzenie powyższe jest*/nie jest* obciążone z tytułu wyroków sądowych (zajęcia/ tytuły egzekucyjne/ inne) w kwocie..... złotych .

Potrącenia z innych tytułów:

dotyczy: kwota PLN /miesięcznie. nie dotyczy

(jeżeli dotyczy) :

- pożyczki socjalne/mieszkaniowe, kasy zapomogowo-pożyczkowe, kredyty pracownicze
- Pracowniczy Plan Kapitałowy, inne

Pracownik:

- | TAK | NIE | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę w związku z przejściem na emeryturę/ rentę* |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | przebywa na urlopie bezpłatnym dłuższym niż 30 dni |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | przebywa na urlopie macierzyńskim |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | przebywa na zwolnieniu lekarskim powyżej 30 dni |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | przebywa na urlopie wychowawczym |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | umowa o pracę rozwiązuje się na mocy porozumienia stron z dniem _____ |

Pracodawca:

- | TAK | NIE | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | znajduje się w stanie upadłości |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | znajduje się w stanie likwidacji |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | znajduje się w stanie postępowania naprawczego (w restrukturyzacji) |

Oświadczam, że znane mi są konsekwencje z tytułu odpowiedzialności karnej wynikającej z podania nieprawdziwych danych.

podpis i imienna pieczęćka służbowa Głównego księgowego/Pracownika kadr z zakładu pracy

podpis i imienna pieczęćka służbowa Kierownika zakładu pracy

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na udostępnianie zamieszczonych powyżej danych i informacji Bankowi Spółdzielczemu w Głogówku oraz upoważniam zakład pracy do ich telefonicznego potwierdzenia. Przyjmuję do wiadomości, że zaświadczenie wypełnione niekompletnie lub nieczytelnie nie będzie honorowane.

Data i czytelny podpis Pracownika

* niepotrzebne skreślić