



....., 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, na .....część 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