POWIATOWY URZĄD PRACY W LEGIONOWIE

........................................................ ……........................................................

Pieczęć zakładu pracy miejscowość, dzień miesiąc rok

**ZAŚWIADCZENIE O ZAROBKACH**

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/Pani ......................................................................................................

 */imię i nazwisko/*

......................................................................................................

..................................................................................................

 */adres zam./*

...................................................................................................... */PESEL/*

..................................................................................................

*/nr i seria dowodu osobistego./*

jest zatrudniony/a u pracodawcy .....................................................................................................

.....................................................................................................

.....................................................................................................

/*nazwa, adres, nr telefonu /*

 ......................................................................................................

*nr REGON* /

......................................................................................................

*/nr NIP/*

na stanowisku (podać) .............................................................................................................................................

na podstawie umowy o pracę zawartej na **czas *nieokreślony / określony – podać datę*\*** ……………………
**z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem brutto z ostatnich 3 miesięcy w wysokości ....................... zł**

słownie złotych ..........................................................................................................................................................

Powyższe wynagrodzenie ***jest / nie jest\**** obciążone z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów
w kwocie ......................słownie złotych ...................................................................................................................

Wymieniony w zaświadczeniu pracownik ***znajduje się / nie znajduje się\**** w okresie wypowiedzenia umowy
o pracę.

Zakład pracy ***znajduje się / nie znajduje się\**** w stanie likwidacji lub upadłości.

................................................................................. ....................................................................

/*podpis i pieczęć imienna głównego księgowego lub osoby /podpis i pieczęć imienna kierownika / dyrektora*

*przez niego upoważnionej/ zakładu pracy lub osoby przez niego upoważnionej/*

*\* niepotrzebne skreślić*

Zaświadczenia wypełnione niewłaściwie, niekompletnie lub nieczytelnie nie będzie honorowane.

Okres ważności zaświadczenia – 30 dni