

## Zaświadczenie o zatrudnieniu i zarobkach

Miejscowość \_\_\_\_\_ Dzień \_\_\_\_\_ Miesiąc \_\_\_\_\_ Rok \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Pieczęć pracodawcy

Nazwa pracodawcy<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Adres pracodawcy<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Telefon pracodawcy<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ NIP pracodawcy<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ REGON pracodawcy<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Zaświadcza się, że

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

legitymujący/a się dowodem osobistym/paszportem/kartą stałego pobytu<sup>2</sup> seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

wydanym przez \_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_

nr PESEL \_\_\_\_\_

jest zatrudniony/a na stanowisku \_\_\_\_\_

w pełnym wymiarze czasu pracy<sup>3</sup>  w niepełnym wymiarze czasu pracy na \_\_\_\_\_ część etatu<sup>3</sup>

Od dnia \_\_\_\_\_ na podstawie<sup>3</sup>

umowy o pracę na czas nieokreślony,  umowy o pracę na czas określony, do dnia \_\_\_\_\_

kontraktu na czas nieokreślony,  kontraktu na czas określony, do dnia \_\_\_\_\_

mianowania/powołania<sup>2</sup> na czas nieokreślony,  mianowania/powołania<sup>2</sup> na czas określony, do dnia \_\_\_\_\_

pełnienia funkcji kadencyjnych

średnie miesięczne wynagrodzenie wyżej wymienionego/nej z ostatnich pełnych 3 miesięcy wynosi:

brutto (ze składkami na ubezpieczenie społeczne/bez składek ubezpieczeń społecznych<sup>4</sup>) \_\_\_\_\_ zł

słownie \_\_\_\_\_ waluta \_\_\_\_\_

netto \_\_\_\_\_

słownie \_\_\_\_\_ waluta \_\_\_\_\_

Wynagrodzenie powyższe<sup>3</sup>:

nie jest obciążone na mocy wyroków sądowych, pożyczek pracowniczych lub innych tytułów

jest obciążone miesięczną kwotą w wysokości \_\_\_\_\_ z tytułu \_\_\_\_\_

Wyżej wymieniony/a nie jest w okresie wypowiedzenia umowy o pracę ani w okresie próbnym. Pracodawca nie znajduje się w stanie likwidacji ani nie toczy się przeciwko niemu postępowanie upadłościowe. Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia.

W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą wystawca zaświadczenia ponosi odpowiedzialność według przepisów prawa karnego.

PKO BP SA zastrzega sobie prawo do weryfikacji informacji zawartych w niniejszym zaświadczeniu przez kontakt telefoniczny pracownika PKO BP SA z pracodawcą.

\_\_\_\_\_

**Pieczęć funkcyjna i podpis pracodawcy lub osoby przez nią upoważnionej<sup>5</sup>**

Dzień \_\_\_\_\_ Miesiąc \_\_\_\_\_ Rok \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy do weryfikacji \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na udostępnienie PKO BP SA informacji zawartych w formularzu oraz na pisemną lub telefoniczną ich weryfikację. Przyjmuję do wiadomości, że oświadczenie wypełnione niewłaściwie, niekompletnie lub nieczytelnie nie będzie honorowane.

**Podpis Wnioskodawcy<sup>6</sup>** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Wypełnić gdy brak informacji na pieczęcie

<sup>2</sup> Niewłaściwe skreślić

<sup>3</sup> Proszę zaznaczyć odpowiednią opcję

<sup>4</sup> Niewłaściwe skreślić. Opcja bez składek ubezpieczeń społecznych możliwa jest tylko dla grupy osób zwolnionych z płatności składek na ubezpieczenie społeczne

<sup>5</sup> W przypadku braku pieczęci funkcyjnej podpis powinien być czytelny

<sup>6</sup> Podpis osoby, której dotyczy zaświadczenie