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

(miejscowość) (dzień, miesiąc słownie, rok)

……………………………………………………………………………

(stempel firmowy zakładu pracy z nr REGON)

**ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA |  |
| DOWÓD OSOBISTY  *Seria, numer, data wydania, przez kogo wydany* |  |
| Nr PESEL |  |
| MIEJSCE ZATRUDNIENIA  *nazwa, adres, telefon* |  |

Zaświadcza się, że pracownik jest zatrudniony na stanowisku ………………………………………………………………..

€ w pełnym wymiarze czasu pracy\* € w niepełnym wymiarze czasu pracy na ………………………………… części etatu\*

od dnia ……………………………………………..……… na podstawie \*):

umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony,

umowy o pracę zawartej na czas określony do dnia ……………………………………………,

umowy zlecenia

umowy o dzieło

**Średni miesięczny dochód netto wyliczony z ostatnich 3 miesięcy wynosi:** ………………………………………………………….…… PLN

( kwota słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….……… )

**Wynagrodzenie powyższe** \*)**:**

jest przelewane na rachunek bankowy Pracownika w banku …………………………………………………………………….…………….…….

nr rachunku ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..………….  
 jest wypłacane Pracownikowi w formie gotówkowej

nie jest obciążone na mocy wyroków sądowych lub innych tytułów

jest obciążone na mocy ……………………………………………………………………………………………………………………..……………….……………

(wymienić tytuł)

miesięcznie kwotą w wysokości ……………………… PLN, słownie: ……………………………………………………………..………………………………

(kwota cyfrowo i słownie)

**Pracownik** \*)**:** nie znajduje się znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę.

**Zakład pracy jest** \*): w stanie upadłości w stanie likwidacji nie jest w stanie upadłości ani likwidacji

*Zakład pracy zobowiązuje się do potwierdzenia danych zawartych w niniejszym zaświadczeniu w przypadku telefonicznego zapytania pracownika Stowarzyszenia Ostrowskie Centrum Wspierania Przedsiębiorczości.* Wystawca zaświadczenia ponosi odpowiedzialność prawną w przypadku podania danych niezgodnych z prawdą

**................................................................................ ..….……………….……………………………………………………………..……………**

**(telefon kontaktowy zakładu pracy ) (podpis i stempel imienny zakładu pracy lub osoby upoważnionej)**

\*) zaznaczyć właściwe

**UWAGA:** Zaświadczenie wypełnione niewłaściwie lub nieczytelnie nie będzie honorowane. Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia

Pracownik wyraża zgodę na telefoniczne sprawdzenie danych zawartych w niniejszym zaświadczeniu w zakładzie pracy Pracownika.

………………………………………………………

(data i podpis Pracownika)