

## ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU I DOCHODZIE<sup>\*)</sup>

### Upoważnienie dla pracodawcy do udzielenia informacji\*\*

Wyrażam zgodę na weryfikację danych dotyczących mojego zatrudnienia w zakresie objętym niniejszym dokumentem przez Zachodniopomorską SKOK. Weryfikacja może się odbyć w formie telefonicznego lub pisemnego kontaktu pracownika Zachodniopomorskiej SKOK z pracodawcą z wykorzystaniem podanego przez pracodawcę numeru telefonu, faksu lub adresu poczty elektronicznej.

.....  
*data i podpis osoby, której zatrudnienie i zarobki są potwierdzane*

### Wypełnia pracodawca:

Niniejszym zaświadcza się, że Pan(i) ..... nr PESEL .....  
zamieszkały(a) ..... seria i nr dowodu osobistego .....  
jest zatrudniony(a) od dnia ..... na stanowisku .....  
**na czas:**  nieokreślony  określony do dnia .....  próbny  zastępstwa  
**na podstawie:**  umowy o pracę  kontraktu  umowy zlecenia  umowy agencyjnej  umowy o dzieło  inny rodzaj (jaki?)

### Zaświadcza się, iż pracownik:

nie znajduje się  znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy  nie złożył  złożył wniosek o rozwiązanie stosunku pracy  
 nie przebywa  przebywa:  na urlopie macierzyńskim  na urlopie wychowawczym  na zwolnieniu lekarskim pow. 30 dni  
 na urlopie bezpłatnym pow. 30 dni

**Średnie miesięczne wynagrodzenie<sup>\*\*\*)</sup> BRUTTO z ostatnich** 3  6  12  <sup>\*\*\*\*)</sup> miesięcy wynosi zł .....  
słownie zł: .....

**Średnie miesięczne wynagrodzenie<sup>\*\*\*)</sup> NETTO z ostatnich** 3  6  12  <sup>\*\*\*\*)</sup> miesięcy wynosi zł .....  
słownie zł: .....

### Wynagrodzenie:

nie jest obciążone  
 jest obciążone:  tytułami egzekucyjnymi  alimentami  FŚS  spłatą kredytów/pożyczek  inne (jakie?)  
miesięczna rata obciążenia wynosi ..... zł, końcowy termin spłaty .....

### Pracodawca:

nie znajdują się  
 znajdują się w stanie:  upadłości  likwidacji  postępowania naprawczego

Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 297 Ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodeks Karny, że podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

data i miejsce wystawienia .....



*pieczętka i podpis osoby upoważnionej  
do wystawiania zaświadczeń o zatrudnieniu i dochodzie*

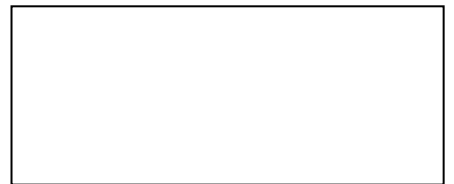


*pieczętka firmowa zakładu pracy*

REGON ..... NIP ..... TELEFON .....

### Wypełnia pracownik Kasy potwierdzający zaświadczenie

odmówiono potwierdzenia wystawienia zaświadczenia  odmówiono potwierdzenia danych z zaświadczenia  
 dane z zaświadczenia zostały potwierdzone dnia ..... o godzinie ..... pod nr telefonu .....  
przez Pana(ią) ..... zajmującego(a) stanowisko .....  
Dane zawarte w zaświadczeniu:  są zgodne  nie są zgodne



*podpis i pieczętka pracownika Kasy potwierdzającego zaświadczenie*

<sup>\*)</sup> Zaświadczenie ważne jest 30 dni kalendarzowych od dnia wystawienia; zaświadczenie niewłaściwie wypełnione, niekompletnie lub nieczytelnie nie będzie honorowane.

<sup>\*\*)</sup> Podpisuje klient przed złożeniem zaświadczenia u pracodawcy do wypełnienia.

<sup>\*\*\*)</sup> Z wyłączeniem dochodów tytułu: nagród, dywidend, wypłat należności z tytułu odbywania podróży służbowych, ryczałtów, diet, ekwiwalentów, dodatków, zasiłków, odpraw, honorariów, świadczeń z ZFŚS, świadczeń socjalnych, świadczeń urlopowych, odszkodowań, premii wypłacanych półrocznie/rocznie itp.

<sup>\*\*\*\*)</sup> W przypadku umowy o pracę/kontraktu w RP z 3 miesięcy, umowy o pracę/kontraktu za granicą z 6 miesięcy, w pozostałych przypadkach z 12 miesięcy.