

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU I ZAROBKACH

| | | |
|---|-------------------------------|---------------|
| | | |
| Pieczęć pracodawcy | Miejscowość | Data |
| Nazwa pracodawcy, adres pracodawcy, telefon pracodawcy ¹ | | |
| NIP pracodawcy ¹ | REGON pracodawcy ¹ | |
| Zaświadcza się, że | | |
| imię i nazwisko | | |
| nr PESEL | | |
| legitymujący/a się dowodem osobistym/paszportem/kartą stałego pobytu ² seria | | |
| | nr | wydanym przez |
| | dnia | |
| jest zatrudniony/a na stanowisku | | |
| <input type="checkbox"/> w pełnym wymiarze czasu pracy ³ <input type="checkbox"/> w niepełnym wymiarze czasu pracy ³ na <input type="checkbox"/> część etatu | | |
| Od dnia | | |
| na podstawie ³ | | |
| <input type="checkbox"/> umowy o pracę na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> umowy o pracę na czas określony do dnia | | |
| <input type="checkbox"/> kontraktu na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> kontraktu na czas określony do dnia | | |
| <input type="checkbox"/> mianowania/powołania ² na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> mianowania/powołania ² na czas określony do dnia | | |
| <input type="checkbox"/> umowy zlecenia | | |
| średnie miesięczne wynagrodzenie netto wyżej wymienionego/ nej za okres I kwartał 2018 r. | | |
| wynosi | | |
| słownie | | |
| waluta | | |
| Wynagrodzenie powyższe ³ : | | |
| <input type="checkbox"/> nie jest obciążone na mocy wyroków sądowych, pożyczek pracowniczych lub innych tytułów | | |
| <input type="checkbox"/> 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. Zarząd Budynków Mieszkalnych w Suwałkach TBS sp. z o.o. zastrzega sobie prawo do weryfikacji informacji zawartych w niniejszym zaświadczeniu przez kontakt telefoniczny pracownika Zarządu Budynków Mieszkalnych w Suwałkach TBS sp. z o.o. z pracodawcą. | | |
| | | |
| Data | | |
| | | |
| Pieczęć funkcyjna i podpis pracodawcy lub osoby przez nią upoważnionej ⁴ Telefon kontaktowy do weryfikacji | | |

1 Wypełnić, gdy brak informacji o pieczętce

2 Niewłaściwie skreślić

3 Proszę zaznaczyć odpowiednią opcję

4 W przypadku braku pieczęci funkcjonalnej podpis powinien być czytelny