

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU I ZAROBKACH

Pieczeń 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 _____ 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 sierpień 2018 r. – styczeń 2019 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			

Pieczeń funkcyjna i podpis pracodawcy lub osoby przez nią upoważnionej⁴ Telefon kontaktowy do weryfikacji

1 Wypełnić, gdy brak informacji o pieczętce
2 Niewłaściwe skreślić
3 Proszę zaznaczyć odpowiednią opcję
4 W przypadku braku pieczęci funkcjonalnej podpis powinien być czytelny