……………………………….… …………………………………..

(pieczęć pracodawcy/zleceniodawcy) (miejscowość, data wypełnienia)

ZAŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE ZATRUDNIENIE

W NIEPEŁNYM WYMIARZE CZASU PRACY

LUB WYKONYWANIE INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ

**Dane pracownika/zleceniobiorcy:**

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

(nazwisko i imię) (numer PESEL)

Zaświadcza się, że w/w był(a) zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę w niepełnym wymiarze czasu pracy/umowy zlecenia/umowy o dzieło/umowy agencyjnej lub umowy o świadczenie usług\* w:

okresie od……………………………… do………………………………………….

stanowisko lub rodzaj wykonywanej pracy ………………..……………………………………………

Miesięczną podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne lub miesięczne wynagrodzenie brutto w w/w okresie stanowiły kwoty:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miesiąc i rok | Wynagrodzenie brutto | Czy odprowadzono składki na ubezpieczenia społeczne (wpisać: TAK lub NIE) | Czy odprowadzono składki na Fundusz Pracy (wpisać: TAK lub NIE) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

W trakcie zatrudnienia/wykonywanej pracy wypłacono wynagrodzenie za czas choroby/zasiłek chorobowy/macierzyński/rehabilitacyjny\*………….. (wpisać: TAK lub NIE), - jeżeli **TAK**, należy dodatkowo wskazać:

1. czy podstawę wymiaru w/w świadczeń stanowiła kwota wynosząca co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę ……………….. (wpisać: TAK lub NIE)
2. rodzaj(e) wypłaconych świadczeń oraz okres(y) (od kiedy do kiedy) był(y) wypłacone: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\*-właściwe zaznaczyć

………………………………………………………………….

Pieczęć i podpis osoby upoważnionej do wystawienia zaświadczenia

…………………………………………………………

Data wpływu do Urzędu Pracy podpis osoby przyjmującej