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

 (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: ………………………………………………………………………………………………………………

**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)