|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (pieczęć zakładu pracy) |  | (miejscowość i data) |

**Zaświadczenie o wykonywaniu pracy na podstawie**

**umowy zlecenia / świadczenia usług / umowy o pracę**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stwierdza się, że |  | |  | |
|  | (imię i nazwisko pracownika) | | (PESEL) | |
|  |  | |  |  |
| na stanowisku |  | | |  |
|  | (stanowisko) | | |  |
|  |  | |  |  |
| w okresie od |  | | do |  |
|  | (data od) | |  | (data do) |
| wykonywał/wykonywała pracę na podstawie: | |  | |  |
|  | | (umowy zlecenia / świadczenia usług / umowy o pracę) | | |

**Podstawę miesięczną wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy (tj. miesięczne wynagrodzenie brutto) w w/w okresie stanowiły kwoty:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **miesiąc/rok** | **podstawa**  **(kwota brutto)** | **Czy odprowadzano składki na ubezpieczenia społeczne?**  **(wpisać TAK lub NIE)** | **Czy odprowadzano składki na Fundusz Pracy?**  **(wpisać TAK lub NIE)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Czy w trakcie wykonywanej pracy wypłacane było wynagrodzenie za czas choroby lub zasiłek chorobowy, macierzyński lub rehabilitacyjny: ……………… **(wpisać TAK lub NIE)**

- jeżeli **TAK**, to czy podstawę wymiaru w/w świadczeń stanowiła kwota wynosząca co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę: ……………… **(wpisać TAK lub NIE)**

**-** jeżeli **TAK**, to proszę wyszczególnić, jakie to świadczenia i wskazać dokładne daty ich pobierania:

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

|  |
| --- |
|  |
| (pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby działającej w jego imieniu) |