……………………………………………………………… (nazwa i adres zakładu pracy/zleceniodawcy)

……………………………….

(data wystawienia)

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani …………………………………………………………….. zamieszkały/a/

……………………………………………………………............ jest zatrudniony/a/ od dnia ……………………………… do

dnia ……………………………………. .

**1.** **Przychód za miesiąc następujący po miesiącu w którym nastąpiło uzyskanie dochodu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **tj. za miesiąc /rok ……………………….** | | **………………………...** |
| a) | koszty uzyskania przychodu | ………………………….. |
| b) | podatek należny (zaliczka na podatek) | …………………………… |
| c) | składki na ubezpieczenie społeczne odliczone od dochodu |  |
|  | (niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu) | …………………………… |
| d) | składki na ubezpieczenie zdrowotne (9% podstawy wymiaru) | …………………………… |
| **2. Wysokość dochodu uzyskanego po odliczeniach** (pkt 1 minus a,b,c,d) | | **………………………….** |
| (dochód w rozumieniu ustawy z 28.11.2003r. o świadczeniach rodzinnych) | |  |

1. **Należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy** w w/w miesiącu

……………………………

1. **Kwota alimentów na rzecz innych osób potrącanych przez pracodawcę** w w/w miesiącu

……………………………

…………………………………………………………………..

(pieczątka i podpis osoby upoważnionej)