

.....
(miejscowość i data)

Zaświadcza się, że Pan/i..... PESEL

Jest zatrudniony (a)
(nazwa i adres zakładu pracy)

Na podstawie w okresie

(podać rodzaj umowy) (podać okres zatrudnienia)

Data wypłaty powyższego wynagrodzenia (dd-mm-rrrr)

- | | | |
|----|--|---|
| 1. | Przychód | |
| 2. | Koszty uzyskania przychodu | |
| 3. | Należny podatek dochodowy od osób fizycznych
(zaliczka na podatek) | |
| 4. | Składki na ubezpieczenie społeczne
(niezaliczone do kosztów uzyskania przychodów) | |
| 5. | Składka na ubezpieczenie zdrowotne | |
| 6. | Dochód uzyskany | |
| | | pkt.1 – (pkt.2 + pkt.3 + pkt.4 + pkt.5) |

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia we właściwym Ośrodku Pomocy Społecznej.

Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.

.....
Pieczątką i podpis pracodawcy