

.....
miejsce, data wystawienia

.....
pieczęć zakładu pracy

Z A Ś W I A D C Z E N I E

Zaświadcza się, że Pan/Pani
zamieszkały/a
Jest zatrudniony/a w
w okresie od dnia
na stanowisku
w wymiarze czasu pracy

W miesiącu **sierpniu 2024 r.** uzyskał/a dochód *

Przychód	Podatek dochodowy	Koszty uzyskania przychodu	Składki na ubezpieczenie społeczne	Składki na ubezpieczenie zdrowotne	Dochód 1-2-3-4-5
1	2	3	4	5	6

Pobierane zasiłki rodzinne/pielęgnacyjne i inne świadczenia:

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

* Za dochód uważa się przychód pomniejszony o podatek dochodowy, koszty uzyskania przychodu, składkę na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne. W przypadku potrąceń alimentacyjnych należy wyszczególnić powyżej.