…………………………, dnia …………………

……………………………………….

 (pieczątka zakładu)

***ZAŚWIADCZENIE O ZAROBKACH***

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

jest zatrudniony/a w …………………….…………………….….. na stanowisku………………………………………... od dnia……………………………………………….……….. w wymiarze ………...…………………………..…. etatu.

**DOCHÓD PRACOWNIKA**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc\*** | **1.****Przychód podlegający opodatkowaniu** | **2.****Koszty uzyskania przychodu** | **3.****Należny podatek dochodowy od osób fizycznych** | **4.****Składki na ubezpieczenie społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu** | **5.****Składki na ubezpieczenie zdrowotne** | **6.****Odliczona kwota alimentów świadczona na rzecz innych osób** | **7.****Dochód****(7=1-2-3-4-5-6)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ŁĄCZNIE**  |  |

**Inne dochody pracownika w w/w miesiącach\*\*\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miesiąc\*\*** | **Rodzaj dochodu** | **Kwota** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **ŁĄCZNIE**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SUMA DOCHODÓW** |  |

………………………………………..

Podpis i pieczątka osoby potwierdzającej zaświadczenie