………………………………………………. ………………….………......

(Pieczęć pracodawcy) (miejscowość i data)

**Zaświadczenie o zatrudnieniu/innej pracy zarobkowej**

Zaświadczam, że …………………………………………………… PESEL:………………………………

(imię i nazwisko)

w tutejszym zakładzie w okresie od dnia ……………………..…... do dnia ….…………………..…….....

był zatrudniony w ramach umowy o pracę w niepełnym wymiarze czasu pracy/świadczył usługi na podstawie umowy agencyjnej, zlecenie lub innej umowy o świadczenie usług\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **miesiąc-rok** | **Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy w rozbiciu na poszczególne miesiące BRUTTO** | **Okres wynagrodzenia za czas choroby, zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, świadczenia rehabilitacyjnego** | **Odprowadzono składki na Fundusz Pracy (wpisać TAK lub NIE)** |
|  |  | Kwota brutto: |  |
| Okres od do  Okres od do |
|  |  | Kwota brutto: |  |
| Okres od do  Okres od do |
|  |  | Kwota brutto: |  |
| Okres od do  Okres od do |
|  |  | Kwota brutto: |  |
| Okres od do    Okres od do |
|  |  | Kwota brutto: |  |
| Okres od do  Okres od do |
|  |  | Kwota brutto: |  |
| Okres od do  Okres od do |
|  |  | Kwota brutto: |  |
| Okres od do  Okres od do |
|  |  | Kwota brutto: |  |
| Okres od do    Okres od do |
|  |  | Kwota brutto: |  |
| Okres od do  Okres od do |
|  |  | Kwota brutto: |  |
| Okres od do  Okres od do |
|  |  | Kwota brutto: |  |
| Okres od do  Okres od do |
|  |  | Kwota brutto: |  |
| Okres od do  Okres od do |

**POUCZENIE:**

Warunkiem zaliczenia powyższego zatrudnienia/innej pracy zarobkowej jest osiąganie wynagrodzenia w kwocie co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę w przeliczeniu na okres pełnego miesiąca, od którego istnieje obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy.

Zgodnie z art. 104 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz.U. 2023, poz. 735 z późn.zm.) obowiązkowe składki na **Fundusz Pracy**, ustalone od kwot stanowiących podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (…) wynoszących w przeliczeniu na okres miesiąca, **co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę** (…), opłacają m.in. pracodawcy i inne jednostki organizacyjne.

**UWAGA!**

**W przypadku zwolnienia z obowiązku opłacenia składki na Fundusz Pracy, prosimy o wypełnienie poniżej części zaświadczenia.**

Składka na Fundusz Pracy nie została odprowadzona w związku z tym, iż pracodawca zgodnie z art. 104a, art. 104b, art. 104c, art. 105 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy **został zwolniony z jej opłacenia**, ponieważ:

a) pracownik powrócił z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego lub urlopu wychowawczego i nie upłynęło 36 miesięcy począwszy od pierwszego miesiąca po powrocie z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego lub urlopu wychowawczego ………….. (proszę wpisać TAK lub NIE);

b) pracownik ukończył 50 rok życia i w okresie 30 dni przed zatrudnieniem pozostawał w ewidencji bezrobotnych powiatowego urzędu pracy i nie upłynęło 12 miesięcy począwszy od pierwszego miesiąca po zawarciu umowy o pracę ………….. (proszę wpisać TAK lub NIE);

c) pracownik osiągnął wiek wynoszący co najmniej 55 lat dla kobiet i co najmniej 60 lat dla mężczyzn ………….. (proszę wpisać TAK lub NIE);

d) zatrudnił skierowanego przez powiatowy urząd pracy bezrobotnego, który nie ukończył 30 roku życia i nie upłynęło 12 miesięcy począwszy od pierwszego miesiąca po zawarciu umowy o pracę………….. (proszę wpisać TAK lub NIE);

e) pracownik o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności był zatrudniony w Polskim Związku Głuchych, Polskim Związku Niewidomych, Związku Ociemniałych Żołnierzy Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwie Opieki nad Ociemniałymi, Zakładzie Opieki dla Niewidomych w Laskach lub zakładzie aktywności zawodowej ………….. (proszę wpisać TAK lub NIE).

Zaświadczenie wydaje się na wniosek Zainteresowanego w celu przedłożenia w Powiatowym Urzędzie Pracy w Koninie.

………………………………………………………

(pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

**\*niepotrzebne skreślić**