………………………………………………. ………………….………......

(Pieczęć pracodawcy) (miejscowość i data)

**Zaświadczenie o zatrudnieniu**

**i wysokości osiągniętego wynagrodzenia**

Zaświadczam, że ………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko pracownika)

PESEL……………………………………

był(a) zatrudniony(a) w………………………………………………………………………………...

(nazwa zakładu pracy)

w okresie od………………………………do………………………………..

w wymiarze czasu……………………………………………………………

i osiągnął(ęła) wynagrodzenie brutto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miesiąc - rok | Wynagrodzenie brutto\* | Odprowadzono składki na Fundusz Pracy (wpisać TAK lub NIE) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Miesiąc - rok | Wynagrodzenie brutto\* | Odprowadzono składki na Fundusz Pracy (wpisać TAK lub NIE) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

W trakcie zatrudnienia wypłacano wynagrodzenie za czas choroby lub zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński, świadczenie rehabilitacyjne …………………………(wpisać TAK lub NIE)

Świadczenia były wypłacane za okres(y):…………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Podstawę wymiaru świadczeń z uwzględnieniem kwoty składek na ubezpieczenia społeczne stanowiła kwota wynosząca co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę ……………………………(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)

\*jeżeli wypłacono wynagrodzenie za czas choroby lub zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński, świadczenie rehabilitacyjne – proszę podać wynagrodzenie za czas przepracowany