………………………………… …..………………………

 /pieczęć zakładu pracy/ /miejscowość i data/

**ZAŚWIADCZENIE
O WYSOKOŚCI DOCHODU ZA PEŁNY PRZEPRACOWANY MIESIĄC**

za miesiąc …………………………………..

Pan/i …………………………………………………………………………………………….
 /Imię i nazwisko/
Urodzony/a …………..…………………. Zamieszkały/a ……………………………………..
 /adres/
…………………………………………………………………………………………………...

Jest zatrudniony/a od dnia …………………….……… do dnia …….…..………………..……

na podstawie …………………………………………………………………………………….
 /rodzaj umowy/

Przychód - koszty uzyskania przychodu ..…………………………………………………… zł

1. zaliczka na podatek dochodowy …………………………………………………….. zł
2. składka na ubezpieczenie zdrowotne ……………………………..……………….… zł
3. składka na ubezpieczenie chorobowe ……………………………..……..………….. zł
4. składka na ubezpieczenie emerytalno-rentowe ………..………………………..…… zł

**DOCHÓD NETTO /1-2-3-4/** …...…………………..………………………………. zł

**DATA WYPŁATY …………..………………………………………………………………...**

**Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Dziale świadczeń rodzinnych, alimentacyjnych i wychowawczych - 500+**

**…………………………………………………..**

 **/pieczęć i podpis osoby uprawnionej/**