…………………………, 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 / Rok \*** | **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