……………………………………. Dębica …………………………

Oświadczam, że pracownik ………………. zatrudniony w ramach umowy UmPI/ ……/…… z dnia ……………………………….. był czasowo niezdolny do pracy od dnia ………………………… do dnia …………………..

Pracownikowi zostało wypłacone/niewypłacone\* za okres od dnia ……………………………… do dnia …………………………………..wynagrodzenie chorobowe/zasiłek chorobowy/ zasiłek opiekuńczy/ zasiłek macierzyński/ w miesiącu ………………….... w wysokości ……..….podstawy wymiaru zasiłku.

……………………………….

(podpis pracodawcy)

\*Niepotrzebne skreślić