

(Pieczęć zakładu pracy)

ZaświadczeniePan/i/
.....

PESEL....., zamieszkały/a/

Jest zatrudniony/a/

od dnia do dnia

Dochód za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku

Miesiąc	Przychód	Koszty uzyskania przychodu	Należny podatek dochodowy od osób fizycznych	Składki na ubezpieczenie społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu	Składki na ubezpieczenie zdrowotne	Dochód* $2 - (3+4+5+6) = 7$
1	2	3	4	5	6	7
Razem						

Alimenty świadczone na rzecz innych osób -

Dochód pomniejszony o alimenty świadczone na rzecz innych osób -

***Dochód – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób, przychód pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne**

.....
Pieczęćka i podpis osoby upoważnionej