

.....  
(nazwa i adres zakładu pracy/zleceniodawcy)

.....  
(data wystawienia)

### ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani .....PESEL.....

zamieszkały/a/ ..... jest zatrudniony/a/

od dnia ..... do dnia ..... oraz zaświadcza się, że od dnia .....

z powodu przeciwdziałania COVID-19 nastąpiło obniżenie wynagrodzenia o kwotę .....

#### Obniżone wynagrodzenie miesięczne wynosi:

**1. Przychód** .....

a) koszty uzyskania przychodu .....

b) podatek należny (zaliczka na podatek) .....

c) składki na ubezpieczenie społeczne odliczone od dochodu  
(niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu) .....

d) składki na ubezpieczenie zdrowotne (9% podstawy wymiaru) .....

**2. Wysokość dochodu uzyskanego po odliczeniach** (pkt 1 minus a,b,c,d) .....  
(dochód w rozumieniu ustawy z 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych)

**3. Należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie [ustawy](#) z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy**

.....

**4. Kwota alimentów na rzecz innych osób potrąconych przez pracodawcę** .....

.....  
(pieczętka i podpis osoby upoważnionej)