

.....
miejsowość, data

.....
nazwa i adres zakładu pracy/ pieczęć

ZAŚWIADCZENIE O ZAROBKACH

Zaświadcza się, że Pan/i.....

zamieszkały/a.....

jest zatrudniony/a.....

(nazwa i adres zakładu pracy)

na podstawie..... w okresie.....

(rodzaj umowy)

(okres zatrudnienia)

Dochód wypłacony w ostatnich trzech miesiącach (bez względu na okres którego dotyczy)
wynosi:

Okres	Przychód (1)	Koszty uzyskania przychodu (2)	Należny podatek dochodowy od osób fiz. (3)	Składki na ubezpieczenie społeczne (4)	Składka na ubezpieczenie zdrowotne (5)	Dochód * (1-2-3-4-5)	Inne dodatkowe świadczenia wypłacone *
RAZEM							

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

* za dochód uważa się dochód w rozumieniu art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 111) tj.- przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 301), art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1387, z późn. zm.), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne.