

.....
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)

Miesiąc wyłaty	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 dodatkové świadczenia wyplacone *
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. 30b, 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.