

.....
miejsowość, data

.....
Pieczęć firmy

ZAŚWIADCZENIE O DOCHODZIE UTRACONYM
wydane dla potrzeb świadczeń rodzinnych i funduszu alimentacyjnego

Zaświadcza się, że Pan(i).....PESEL.....

zam.....jest zatrudniony(a)
(nazwa i adres zakładu pracy, NIP zakładu)

na podstawie..... w okresie oddo.....
(podać rodzaj umowy) (podać okres zatrudnienia)

**oraz zaświadcza się, że od dnia z powodu przeciwdziałania COVID – 19 nastąpiło
obniżenie wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej.**

**Wynagrodzenie uległo zmniejszeniu do wysokości (netto) za miesiąc/rok
(dochód za miesiąc następujący po miesiącu, obniżenia dochodu)**

.....
Pieczęć i podpis pracodawcy