…………………………………………… Legnica dn.………………………..

 (imię i nazwisko pracownika)

…………………………………………….

 (pracodawca)

**Oświadczenie dotyczące opłacania składek na Fundusz Pracy**

Oświadczam, że poza zatrudnieniem u pracodawcy:

………………..…………………………………………………………………………………

(proszę wpisać nazwę pracodawcy)

jestem zatrudniony(a)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| w innym zakładzie pracy **na podstawie umowy o pracę w pełnym/niepełnym\*) wymiarze czasu pracy** i osiągam minimalne wynagrodzenie brutto | **TAK\*)** | **NIE\*)** |
| w innym zakładzie pracy **na podstawie umowy o pracę** **w niepełnym wymiarze czasu pracy** i z wszystkich umów łącznie osiągam co najmniej minimalne wynagrodzenie brutto | **TAK\*)** | **NIE\*)** |
| w innych zakładach pracy **na umowy zlecenia i z tego tytułu podlegam obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu i rentowemu** i z wszystkich umów łącznie osiągam co najmniej minimalne wynagrodzenie brutto | **TAK\*)** | **NIE\*)** |

Oświadczam, że w przypadku zmiany danych objętych tym oświadczeniem, zgłoszę to pracodawcy w terminie **7 dni** od zaistnienia zmian.

 …………………………

 (podpis pracownika)

\*) niewłaściwe skreślić