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

(pieczęć zakładu pracy) (miejscowość, data)

Zaświadczenie o wysokości dochodów

Pan(i) …………………………………………………………………………………………………………………

Zamieszkały(a) …………………………………………………………………………………………………..

Jest/był(a) zatrudniony(a) na czas od …………………….. do dnia …………………………... w wymiarze czasu pracy …………………………………………………………………………………….

Dochody ww. osoby wypłacone w następujących po sobie trzech miesiącach wyniosły:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miesiąc wypłaty | Przychód | Koszty uzyskania przychodu | Zaliczka  na podatek  dochodowy | Składki na ubezpieczenia społeczne | Składki na  ubezpieczenie zdrowotne | Dochód\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 = 2 – (3+4+5+6) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | RAZEM |  |

……………………………………………..

(pieczątka i podpis osoby upoważnionej)

\* Za dochód uważa się 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 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.