**ZAŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

Oświadczam, że Pan/i .........................................................................................................................

(imię i nazwisko, PESEL)

zamieszkały/a ......................................................................................................................................

(adres: ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

był/a pracownikiem/czką ……………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa pracodawcy)

NIP pracodawcy: ………………………………………………………..

REGON pracodawcy: …………………………………………………..

z siedzibą w ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

(adres: ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy, poczta, powiat, województwo)

i **został/a zwolniony/a z przyczyn dotyczących zakładu pracy** w dniu ……………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………..  (miejscowość i data) | ………………………………………………………………  (podpis i pieczęć pracodawcy  lub osoby upoważnionej do  reprezentowania pracodawcy ) |