

.....
(nazwa pracodawcy)

.....
(miejscowość, data)

Oświadczenie o czasowej niezdolności pracownika do pracy

Oświadczam, że pracownik
zatrudniony w ramach umowy Nr..... z dnia był
czasowo niezdolny do pracy od dnia do dnia
Pracownikowi zostało wypłacone/niewypłacone* za okres
wynagrodzenie chorobowe/ zasiłek chorobowy/ zasiłek opiekuńczy/ zasiłek macierzyński*
w miesiącu w wysokości % podstawy wymiaru zasiłku.

.....
(podpis pracodawcy)

**Niepotrzebne skreślić*