

.........................................

(pieczęć firmowa pracodawcy)

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach**

**prac interwencyjnych za okres od ............................ do............................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych zgodnie z umową o pracę od……………do…………….*** | ***Wynagrodzenie brutto w zł.*** | ***Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z******Funduszu Pracy******w zł.*** | ***Wpłata do ZUS...... % od rubr.4 w zł.*** | ***Razem do refundacji z FP w zł.*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Ogółem do refundacji: słownie złotych: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego: |
| Lp. | Nazwisko i imię | Zwolnienie lekarskie od – do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy) | Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS) | Urlop bezpłatny od - do |
| ilość dni od - do | kwota w zł | ilość dni od - do | kwota w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| UWAGI:Zwolniony dnia ……………………..….. przyczyna zwolnienia ………………………………………………….przyjęty na czas nieokreślony dnia ……………………. zgodnie z pozycją rozliczenia: ……………….……… |
| ………………………….(opr. nazwisko i imię; nr tel.) | …..……………………………………(Główny Księgowy; pieczątka i podpis) | .…..………………………………..(Pracodawca; pieczątka i podpis) |