|  |
| --- |
| Ponadto informuję, iż niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź z 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 |
|  |  |  |  |  |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Uwagi:

Zwolniony dnia ………………………………………………….. przyczyna zwolnienia ……………………………………………………………………………………………………………….

przyjęty na czas określony dnia ………………………………………………. zgodnie z pozycją rozliczenia: ………………………………………………………………………………

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

 (sporządziła: imię i nazwisko, nr telefonu) (główny księgowy, podpis i pieczątka) (Pracodawca, pieczątka i podpis)

…………………………………………………………….. (załącznik nr ……….. do „Wniosku o dofinansowanie …”)

 (pieczątka firmy)

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń repatriantów zatrudnionych w ramach zawartej umowy**

**za okres od …………………………………….. do …………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię zatrudnionego repatrianta zgodnie z umową o pracę od ………………………… do …………………………………. | Wynagrodzenie Brutto  w zł. | Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy w zł. (w tym skł. ZUS pracownika) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Ogółem do refundacji: słownie złotych: |  |  |