



Załącznik nr 2 do umowy
o zorganizowanie prac interwencyjnych

Okres rozliczeniowy: od do

Lp	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych	Wynagrodzenie brutto w zł	Wynagrodzenie refundowane pracodawcy przedsiębiorcy z FP w zł	Składki na ubezpieczenia społeczne refundowane pracodawcy przedsiębiorcy z FP w zł	Razem do refundacji z Funduszu Pracy w zł

Ogółem do refundacji: słownie złotych

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego
bądź urlopu bezpłatnego:

Lp	Nazwisko i imię	Zwolnienia lekarskie od – do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne przez pracodawcę przedsiębiorcę)		Zasiłek chorobowy (płatny przez ZUS)		Urlop bezpłatny od – do
			ilość dni od – do	kwota w zł	ilość dni od – do	kwota w zł	

Oświadczam, że:

- Umowa o pracę z Panem/Panią uległa rozwiązaniu
dnia z przyczyny
na podstawie
- Pan(i) został(a) zatrudniony(a) na czas
od dnia roku do dnia roku

.....
(podpis i pieczęć Gł. Księgowego)

.....
(podpis i pieczęć Pracodawcy/
Przedsiębiorcy)