



**Dane dotyczące wypłaconych świadczeń z tytułu choroby i innych nieobecności**

Imię i nazwisko	Nieobecności w pracy							
	Nieobecności w pracy z powodu choroby					Inne nieobecności		
	Ilość dni w roku	W ostatnim miesiącu od – do / liczba dni	Wynagrodzenie za czas choroby		Zasiłek chorobowy	Liczba dni	Rodzaj	Liczba dni
80 %			100%					

\* niepotrzebne skreślić.

**Do wniosku należy załączyć potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów: listy wypłat wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w ramach umowy, listy obecności, dowód wpłaty na ubezpieczenie społeczne, deklaracje ZUS DRA + RCA, RSA, zwolnienia lekarskie.**

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku i załączone dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.**

Sporządził : .....tel. ...., dnia..... Pracodawca/organizator.....  
(pieczęć i podpis Organizatora)