

.....
(miejsowość, data)

.....
(nazwa, adres i pieczęć zakładu pracy
wydającego zaświadczenie)

ZAŚWIADCZENIE

**O WYSOKOŚCI OBNIŻONEGO WYNAGRODZENIA Z POWODU PRZECIWDZIAŁANIA COVID-19
zgodnie z art. 150a ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach
związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób
zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, 567i 568)**

Imię i nazwisko pracownika

Adres zamieszkania pracownika

PESEL

Okres zatrudnienia

Rodzaj zawartej umowy

Od dnia2020 r. z powodu przeciwdziałania COVID-19 nastąpiło
obniżenie wynagrodzenia pracownika.

Wynagrodzenie za miesiąc następujący po miesiącu, w którym nastąpiło obniżenie
wynagrodzenia tj. za miesiąc2020 r. wyniosło :

1. Przychód podlegający opodatkowaniu na zasadach ogólnych zł
 2. Koszty uzyskania przychodu zł
 3. Należny podatek dochodowy od osób fizycznych zł
 4. Składki na ubezpieczenie społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu zł
 5. Składki na ubezpieczenie zdrowotne zł
- DOCHÓD** (po odliczeniu od pozycji 1 kwot z pozycji 2,3,4,5) zł

.....
(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby
upoważnionej do wydawania zaświadczeń)

* zgodnie z art. 3 pkt 1a ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych dochód to: przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne.