………………………… ………………………… …………………….

(pieczęć zakładu pracy) (miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE**

Pan(i)………………………………………………………………………………………….

ur. ………………………,zam…………………………………………………..……………

jest zatrudniony……………………………………………………………………………….

od dnia………………………….. na czas……………………………………………………

Dochód uzyskany w okresie trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku według zestawienia poniższej tabeli:



Zaświadczenie wydaje się do celem przedłożenia w Wydziale Polityki Społecznej   
i Zdrowia Urzędu Miasta i Gminy Skawina.

…………………………………………… (pieczęć i podpis osoby upoważnionej)