

Załącznik nr 2 do Uchwały nr 205/VIIP/2017 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie zasad i trybu kompensacji wynagrodzenia przez organy samorządu pielęgniarek i położnych na czas zwolnień od pracy pracownika będącego członkiem organu izby, trybu zwrotu kosztów podróży i innych uzasadnionych wydatków poniesionych przez członka samorządu w związku z wykonywaniem czynności na rzecz izby lub jej organów

.....
(pieczęć nagłówkowa pracodawcy)

.....
(miejsowość, data)

Z A Ś W I A D C Z E N I E

o utraconym wynagrodzeniu pracownika

Zaświadcza się, że Pan/i

Pesel

zamieszkały/a

.....
jest zatrudniony/a w

na podstawie

(podać rodzaj umowy)

na stanowisku w wymiarze etatu.....

i w związku z nieobecnością w pracy z powodu

.....
w dniu/dniach..... utraciła wynagrodzenie w

wysokości (brutto).

(należność należy obliczyć jak ekwiwalent za urlop wypoczynkowy – Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 8 stycznia 1997 r. w sprawie szczegółowych zasad udzielania urlopu wypoczynkowego, ustalania i wypłacania wynagrodzenia za czas urlopu oraz ekwiwalentu pieniężnego za urlop – Dz.U. z 1997 nr 2 poz. 14 z późn.zm.).

Jednocześnie oświadcza się, że w/w pracownik nie otrzymał wynagrodzenia za pracę w dniu/w dniach

Zaświadczenie wydaje się na wniosek pracownika w celu uzyskania kompensacji za utracone wynagrodzenie w określonej wysokości.

.....
(podpis osoby wystawiającej zaświadczenie)