

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć wydającego zaświadczenie)

Znak:

**ZAŚWIADCZENIE
O KWOCIE DZIENNEGO UTRACONEGO WYNAGRODZENIA PRACOWNIKA
W ZWIĄZKU Z ODBYTYMI ĆWICZENIAMI WOJSKOWYMI**

Zaświadcza się, że Pani/Pan
(imię i nazwisko)

zamieszkała/y

jest zatrudniona/y
(nazwa zakładu pracy)

na stanowisku

Kwota dziennego utraczonego wynagrodzenia pracownika* albo dochodu* w związku odbywaniem ćwiczeń wojskowych **określonego** na podstawie § 5 i 8 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 sierpnia 2015 r. w sprawie sposobu ustalania i trybu wypłacania świadczenia pieniężnego żołnierzom rezerwy oraz osobom przeniesionym do rezerwy niebędącym żołnierzami rezerwy (Dz. U. z 2015 r., poz. 1520 z późn. zm) tj.: kwota miesięcznego wynagrodzenia otrzymanego przez pracownika* lub dochodu * podzielona **przez 21**

wynosisłownie:

Pracownik otrzymał / nie otrzymał wynagrodzenia za okres ćwiczeń wojskowych*.

Pracownik nie przebywał / przebywał na urlopie bezpłatnym w okresie od.....do.....

.....
(pieczęć i podpis)

*niepotrzebne skreślić

Niniejsze zaświadczenie wydaję się w celu realizacji przepisu art.119 a ustawy z dnia 21 listopada 1967 roku o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1430 z późn. zm.)

Zaświadczenie wydaje się w celu: przedłożenia Burmistrzowi Szprotawy.