Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy zatrudnieni w ramach prac interwencyjnych korzystali zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwisko i imię zatrudnionego****w ramach prac interwencyjnych** | **Zwolnienie lekarskie****od -do** | Wynagrodzenie za czas choroby**(płatne z funduszu pracodawcy)** | **Zasiłek chorobowy z ZUS** | **Urlop bezpłatny****od - do** |
| **ilość dni****od - do** | **kwota****w zł** | **ilość dni****od - do** | **kwota****w zł** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |

 Uwagi:

 Zwolniony dnia .......................przyczyna zwolnienia ............................ przyjęty na czas nieokreślony ...................................

 .......................................... ............................................ ..............................................

 (opr. nazwisko i imię) (pieczęć i podpis gł. księgowego) (pieczęć i podpis pracodawcy)