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)