

.....  
(nazwa pracodawcy)

.....  
(miejsowość, data)

### **Oświadczenie o czasowej niezdolności pracownika do pracy**

Oświadczam, że pracownik .....  
zatrudniony w ramach umowy Nr..... z dnia .....  
był czasowo niezdolny do pracy od dnia ..... do dnia .....

Pracownikowi zostało wypłacone/niewypłacone\* za okres .....  
wynagrodzenie chorobowe/ zasiłek chorobowy/ zasiłek opiekuńczy/ zasiłek macierzyński\*  
w miesiącu ..... w wysokości ..... % podstawy wymiaru zasiłku.

.....  
(podpis pracodawcy)

*\*Niepotrzebne skreślić*