

Jednocześnie oświadczam, że:

– za rozliczony miesiąc uzyskałem(am) wynagrodzenie w wysokości brutto:

zł gr,

– nadal (proszę wybrać)

pozostaję w zatrudnieniu

wykonuję inną pracę zarobkową

w zakładzie pracy, do którego zostałem/-am skierowany/-a

(w przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy na zastępstwo wymagane jest dostarczenie zaświadczenia od pracodawcy o przepracowaniu przez osobę pełnego miesiąca objętego refundacją),

– nie wypowiedziałem(am) umowy o pracę.

Należną mi kwotę zwrotu kosztów (proszę wybrać):

odbiorę osobiście za pośrednictwem placówki bankowej,

proszę przekazać na moje konto nr:

- - - - -

w

Nazwa banku

Okres niezdolności do
pracy:

Podpis

W załączeniu:
- bilet miesięczny

Wypełnia Centrum Aktywizacji Zawodowej Powiatowego Urzędu Pracy

Należna kwota refundacji:

Refundacja zostanie dokonana w dniu:

Bydgoszcz, dnia

Pieczęć i podpis pracownika PUP