ASYGNATA ZASTĘPCZA

Stwierdza się, że Pan(i) . . . . . .

PESEL

Seria i nr dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość*)

ma prawo do zasiłku . . . . . .

. . . . . **)

- dalszego zasiłku za okres od . . . . . do . . . . . .

Zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy seria . . . . . nr . . . . . obejmuje okres od . . . . . do . . . . . Z okresu orzeczonego w powołanym zaświadczeniu wypłacono wynagrodzenie za okres od . . . . . do . . . . . wg listy wypłat nr . . . . . z dnia . . . . . .

Zasiłek . . . . . **) za okres od . . . . . do . . . . . na podstawie . . . . . .
(podać rodzaj dokumentu)

Ostatniej wypłaty dokonano wg listy wypłat nr . . . . . z dnia . . . . . .

. . . . . .
(pieczęć pracodawcy)

. . . . . .
(data i podpis upoważnionego pracownika)

Lista wypłat			Rodzaj zasiłku	Stawka w %	Zasiłek za okres			Do wypłaty
nr	z dnia	poz.			od	do	liczba dni	zł, gr
Obliczył . . . . . Sprawdził .. . . . . Razem								

*) W razie gdy ubezpieczonemu nie nadano PESEL należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

**) Wymienić rodzaj zasiłku:
- chorobowy,
- opiekuńczy,
- macierzyński lub - w wysokości zasiłku macierzyńskiego,
- świadczenie rehabilitacyjne.

Źródło: Wydawnictwo Podatkowe GOFIN sp. z o.o. - www.Druki.Gofin.pl