

.....
Pieczęć pracodawcy

.....
miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

W imieniu pracodawcy o nazwie
niniejszym oświadczam, że na mocy ustawy z dnia 2 marca 2020 r. pracodawca korzysta ze
zwolnienia z opłacania składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, na Fundusz Pracy,
Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych lub Fundusz
Emerytur Pomostowych za miesiące:

a) 1-31 marzec 2020 r. - *

b) 1-30 kwiecień 2020 r. - *

c) 1-31 maj 2020 r. - *

Jednocześnie informuję, że pracodawca korzysta ze zwolnienia z opłacenia ww. należności w:

a) 100% (art. 31zo ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r.) - *

b) 50% (art. 31zo ust. 1a ustawy z dnia 2 marca 2020 r.) - *

.....
Podpis

*- właściwie zaznaczyć