

Imię i nazwisko Toruń, dnia
Stanowisko
Adres

Pan/--i

.....

Dyrektor

MSCKZiU w Toruniu

OŚWIADCZENIE O BRAKU ZATRUDNIENIA

Ja niżej podpisany/podpisana własnoręcznym podpisem oświadczam, że nie podjąłem/podjęłam zatrudnienia w roku kalendarzowym**

Ja niżej podpisany/podpisana własnoręcznym podpisem oświadczam, że w roku kalendarzowym świadczyłam pracę w okresie do**

Jednocześnie oświadczam, że w przypadku podjęcia zatrudnienia zgłoszę do utratę prawa do korzystania z ZFŚS w ww zakładzie pracy w terminie 7 dni od dnia podjęcia zatrudnienia.

.....
czytelny podpis

*emeryt/rencista/nauczyciel pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

**uzupełnić właściwie