……………………………………………

/pieczęć firmowa Pracodawcy/

**Załącznik nr 1** do Wniosku o zwrot poniesionych kosztów związanych z zatrudnieniem bezrobotnego/ych w ramach prac interwencyjnych  
 za miesiąc: ……………………..

Informacja dotycząca zwolnień, urlopów bezpłatnych lub innych nieobecności w pracy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Zwolnienie lekarskie  od-do  /daty/ | Wynagrodzenie  za czas choroby /płatne z funduszu pracodawcy/ | | Zasiłek chorobowy /płatny  z ZUS/ | Urlop bezpłatny od-do lub inne nieobecności | Zwolniony | | Zatrudniony po okresie refundacji na dalszy okres | |
| ilość dni | kwota w zł | ilość dni | dnia | przyczyna | jaki | od-do |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Inne informacje : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

......................................... ...............................................

/ nazwisko i imię, nr tel./ /pieczęć i podpis Pracodawcy/