……………………………………………….

(miejscowość i data)

……………………………………………………………

(pieczęć podmiotu wydającego zaświadczenie)

Znak: …………………………………………………..

**ZAŚWIADCZENIE**

Zaświadcza się, ze Pani/Pan …………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

zamieszkała/y …………………………………………………………………………………..

jest zatrudniona/y ……………………………………………………………………………….

(nazwa zakładu pracy)

na stanowisku …………………………………………………………………………………..

Kwota dziennego utraconego wynagrodzenia/ dochodu[[1]](#footnote-1) pracownika w związku z odbywaniem ćwiczeń wojskowych w dniach ……………………. wynosi …..………..…...

słownie: ………………………………………………………………………………………...

……………………………………

(pieczęć i podpis)

Niniejsze zaświadczenie wydaje się w celu realizacji uprawnienia, żołnierza rezerwy lub osoby przeniesionej do rezerwy niebędącej żołnierzem rezerwy, wynikającego z art. 119a ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1430, z późn. zm.)

1. Wyliczone zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 25 sierpnia 2015 r. w sprawie sposobu ustalania i trybu wypłacania świadczenia pieniężnego żołnierzom rezerwy oraz osobom przeniesionym do rezerwy niebędącym żołnierzem rezerwy (Dz. U. z 2015 r. poz. 1520 z późn. zm.) [↑](#footnote-ref-1)