……………………………………………….. Żary, dn. ……………………………..

 (imię i nazwisko)

………………………………………………..

 (adres zamieszkania)

 **Urząd Miejski**

 **W Żarach**

 **Wydział Spraw Społecznych**

***Oświadczenie o obniżeniu wynagrodzenia lub utracie wynagrodzenia z powodu***

***przeciwdziałania COVID-19***

Na podstawie **art. 15 oa ust. 1** *ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych ( Dz. U. poz. 374, 567 i 568), który wszedł w życie z dniem 18 kwietnia 2020 r. na mocy art. 73 pkt 24 ustawy z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz. U. z dnia 17 kwietnia 2020 r., poz.695) w związku art. 75 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. 2020 poz. 256)* świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że:

**Od dnia……………………………..……….………… z powodu przeciwdziałania COVID-19 nastąpiło :**

 **obniżenie wynagrodzenia** do kwoty (netto): ……………................................., zatem wysokość

utraconego dochodu wyniosła (netto):………………………………….…………….. z tytułu zatrudnienia

lub innej pracy zarobkowej w ………………………………………………………………………………………………

 *( proszę, podać nazwę, adres oraz nr telefonu zakładu pracy)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

w związku z zawartą umową o pracę: ………………..……………………………………………………………..,

(*proszę podać rodzaj umowy)*

zawartej na okres: od ………………………..……………………...do ……………………………………………….. .

 …………………………………………………

 (czytelny podpis)