

**OŚWIADCZENIE**  
**- Informacja końcowa do rozliczenia zaliczki na podatek dochodowy**

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA** - osoba, której Główna Komisja Świadczeń Socjalnych, przyznała prawo do korzystania ze środków Funduszu na mocy § 10 pkt. 1.

**Nazwisko podatnika** \_\_\_\_\_

**Imiona** \_\_\_\_\_

**Nr PESEL** \_\_\_\_\_

**Miejsce zamieszkania:**

**Gmina** \_\_\_\_\_

**Ulica** \_\_\_\_\_ **NR** \_\_\_\_\_

**Kod pocztowy** \_\_\_\_\_

**Miejscowość** \_\_\_\_\_

**Urząd skarbowy w miejscu zamieszkania:**

**Adres urzędu skarbowego** \_\_\_\_\_

**Stwierdzam, że powyższe dane podałem/am zgodnie ze stanem faktycznym.**  
**Odpowiedzialność karno-skarbowa za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.**

.....  
(miejscowość, dnia)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

---