Приложение № 5

к Положению об условиях назначения,

порядке исчисления и выплаты пособий

по временной нетрудоспособности

Отдел кадров

Директор

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

Я, нижеподписавшаяся/шийся, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, заявляю, под личную ответственность, о полном отсутствии застрахованного доходаза период\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на всех предприятиях, на которых осуществлял/ла деятельность.

В случае если будет доказано, что задекларированная выше информация является недостоверной, обязуюсь добровольно вернуть суммы, полученные необоснованно за счет работодателя или/и из бюджета государственного социального страхования.

Дата Подпись