

1. Identyfikator podatkowy NIP / numer PESEL (niepotrzebne skreślić) podatnika

PIT-2**OŚWIADCZENIE**

pracownika

dla celów obliczania miesięcznych zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych

Podstawa prawna: Art. 32 ust. 3 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2032, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

A. DANE IDENTYFIKACYJNE PODATNIKA

2. Nazwisko

3. Pierwsze imię

4. Data urodzenia (dzień - miesiąc - rok)

Niniejszym określam płatnika:

.....
(nazwa pełna zakładu pracy)jako właściwego do zmniejszania miesięcznej zaliczki na podatek dochodowy o kwotę stanowiącą 1/12 kwoty zmniejszającej podatek, określonej w art. 27 ust. 1b pkt 1 ustawy ¹⁾, gdyż:

- 1) nie otrzymuję emerytury lub renty za pośrednictwem płatnika,
- 2) nie osiągam dochodów z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną,
- 3) nie otrzymuję świadczeń pieniężnych wypłacanych z Funduszu Pracy lub z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- 4) nie osiągam dochodów, od których jestem obowiązany(-na) opłacać w ciągu roku podatkowego zaliczki na podstawie art. 44 ust. 3 ustawy, tj. dochodów:
 - a) z działalności gospodarczej, o której mowa w art. 14 ustawy,
 - b) z najmu lub dzierżawy.

B. PODPIS

5. Data wypełnienia (dzień - miesiąc - rok)

6. Podpis

¹⁾ Przy obliczaniu zaliczek na podatek dochodowy od dochodów, które nie przekroczą kwoty stanowiącej górną granicę pierwszego przedziału skali podatkowej, roczna kwota zmniejszająca podatek wynosi 556 zł 02 gr.

Pouczenie

Za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i przez to narażenie podatku na uszczuplenie grozi odpowiedzialność przewidziana w Kodeksie karnym skarbowym.

Objaśnienia

Oświadczenie należy złożyć płatnikowi przed pierwszą wypłatą wynagrodzenia w roku podatkowym.

Oświadczenia nie składa się, jeżeli stan faktyczny wynikający z oświadczenia złożonego w latach poprzednich nie uległ zmianie.

Jeżeli podatnik powiadomi zakład pracy o zmianie stanu faktycznego wynikającego z oświadczenia, zakład pracy nie zmniejsza zaliczki w wyżej określony sposób.

Proszę podać dane osobowe wymienione poniżej:

- 1) URZĄD SKARBOWY (wg miejsca zamieszkania):.....
- 2) drugie imię:.....nazwisko rodowe:.....
- 3) miejsce urodzenia:.....
- 4) imię ojca:.....imię matki:.....
- 5) obywatelstwo:data zatrudnienia, od:.....
- 6) etat:stanowisko:.....
- 7) ustalone prawo do emerytury: TAK / NIE*
- 8) ustalone prawo do renty: TAK / NIE*
- 9) jaki został orzeczony stopień niepełnosprawności:
- 10) wykształcenie: zasadnicze zawodowe, średnie zawodowe lub techniczne, średnie ogólnokształcące, policealne, wyższe (w tym licencjat) – zakreślić właściwe
- 11) oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:nazwa oddziału.....
- 12) adres zameldowania na stałe miejsce pobytu
województwo: powiat:
gmina: miejscowość:
ulica: numer domu: numer lokalu:
kod pocztowy: poczta:
- 13) adres zamieszkania (jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe)
województwo: powiat:
gmina: miejscowość:
ulica: numer domu: numer lokalu:
kod pocztowy: poczta:
- 14) czy obecne zatrudnienie jest pierwszą w życiu pracą pracownika: TAK / NIE*
- 15) okresy poprzedniego zatrudnienia (w celu ustalenia uprawnień urlopowych):
.....
.....

.....
data i podpis pracownika

- 16) Oświadczam, że miejsce mojego zamieszkania jest położone poza miejscowością, w której znajduje się zakład pracy i proszę o liczenie wyższych kosztów uzyskania przychodów.

.....
data i podpis pracownika

Podane dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w związku z realizacją obowiązków wynikających z zawieranej umowy.

Podanie powyższych danych jest dobrowolne ale ich nieprzekazanie spowoduje niemożność realizacji umowy. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści tych danych oraz możliwość ich poprawiania. Dane będą przetwarzane w obowiązkowym okresie wynikającym z odrębnych przepisów. W przypadku gdy nie dojdzie do zawarcia umowy dane zostaną niezwłocznie usunięte.