# Oświadczenie pracownika pobierającego wpłaty

# o przyjęciu pełnej odpowiedzialności materialnej

# za powierzone mienie

## Ja niżej podpisana(y) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## (imię i nazwisko)

## Zamieszkała(y): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## (adres zamieszkania)

## Zatrudniona(y) jako \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## (nazwa jednostki organizacyjnej)

## Od dnia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## (data)

## Na podstawie umowy

## zawartej na czas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Oświadczam co następuje:

* + 1. Nie byłam/em karana/y za popełnienie przestępstw gospodarczych ani przestępstw przeciwko mieniu.
    2. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
    3. Przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność materialną z obowiązkiem wyliczenia się za powierzone mi środki pieniężne, w każdym czasie na żądanie pracodawcy.
    4. Przyjmuję obowiązek pokrycia wszelkiej straty, jaka wyniknie dla pracodawcy na skutek powstałego niedoboru, zniszczenia lub uszkodzenia środków pieniężnych. Od obowiązku pokrycia straty będę zwolniona(y) w takim zakresie, w jakim udowodnię, że niedobór, zniszczenie lub uszkodzenie powstały nie z mojej winy, ale na skutek zdarzeń i okoliczności ode mnie niezależnych.
    5. Nie zgłaszam zastrzeżeń do warunków pracy i zabezpieczeń w pomieszczeniu, w którym pobierane są wpłaty.
    6. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia pracodawcy o wszelkich przeszkodach, zdarzeniach i okolicznościach, mających wpływ na wykonywanie pracy.
    7. Zostałam(em) zapoznana(y) z przepisami o odpowiedzialności materialnej, a w szczególności znane mi są zasady określone w art. 114-127 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r., poz. 1502, z późn. zm.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (miejscowość i data) |  | (czytelny podpis pracownika) |
| (miejscowość i data) |  | (podpis i pieczątka pracodawcy) |