



OŚWIADCZENIE DO CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH

1. Imię, Nazwisko.....
2. Data urodzenia.....
3. Nazwisko rodowe.....
4. Obywatelstwo.....
5. Urząd Skarbowy.....
6. **PESEL**.....

Data zawarcia umowy o organizację stażu:,

okres trwania stażu: **od dnia** **do dnia**

7. Adres zamieszkania:

Kod pocztowy	Poczta	Miejscowość	Ulica	
Nr domu	Numer mieszkania	Gmina	Powiat	Województwo

8. Oświadczam, że

- pozostaję w stosunku pracy*
(Nazwa i adres zakładu pracy)

i z tego tytułu jestem objęty/a ubezpieczeniem społecznym.

- mam ustalone prawo do: *
renty od dnia.....do dnia.....nr
renty.....
 lekkim stopniem niepełnosprawności
 umiarkowanym stopniem niepełnosprawności
 znacznym stopniem niepełnosprawności

9. Oświadczam, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne z tytułu łączącego mnie z w/w zakładem stosunku pracy **JEST/NIE JEST** niższa od najniższego wynagrodzenia. *

10. Zawarłem/am umowę ze Zleceniodawcą na kwotę **NIŻSZĄ/RÓWNĄ/WYŻSZĄ** od najniższego wynagrodzenia. *

11. Oświadczam, że prowadzę własną działalność gospodarczą **TAK/NIE***
Oświadczam, że zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej **NIE OBEJMUJE/OBEJMUJE** Przedmiotu umowy*

12. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem.....

13. Jestem zarejestrowany/a jako bezrobotny/a

14. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.....

.....
Podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu

*niepotrzebne skreślić