OŚWIADCZENIE WYPEŁNIAJĄ TYLKO OSOBY, KTÓRE NIE SĄ ZATRUDNIONE
W UNIWERSYTECIE W OPARCIU O UMOWĘ O PRACĘ

**OŚWIADCZENIE**

do umowy zlecenia nr **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** zawartej dnia **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nazwisko i imię **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Data urodzenia **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
Nr telefonu **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** e-mail **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

PESEL **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_** NIP **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Moim identyfikatorem podatkowym jest PESEL / NIP\*

Urząd Skarbowy **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Obywatelstwo (dotyczy obcokrajowców) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Paszport nr **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Jestem Rezydentem (nieograniczony obowiązek podatkowy) / Nierezydentem (ograniczony obowiązek podatkowy)\*

Adres zamieszkania

Miejscowość **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Ulica **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
Nr domu/ mieszkania **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Kod pocztowy **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
Poczta **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Gmina **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
Powiat **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Województwo **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Miejscowość **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Ulica **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
Nr domu/ mieszkania **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Kod pocztowy **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
Poczta **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Gmina **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
Powiat **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Województwo **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Oświadczam, że:

1. jestem zatrudniony(a) w oparciu o umowę o pracę u innego pracodawcy i z tego tytułu podlegam ubezpieczeniom społecznym
* TAK

a moje wynagrodzenie ze stosunku pracy wynosi brutto:

* co najmniej minimalne wynagrodzenie obowiązujące w okresie umowy
* mniej niż minimalne wynagrodzenie obowiązujące w okresie umowy
* NIE
1. wykonuję zawód sędziego / prokuratora\*
* TAK
* NIE
1. jestem funkcjonariuszem służb mundurowych
* TAK
* NIE
1. przebywam na urlopie bezpłatnym, macierzyńskim, wychowawczym\*
* TAK

od **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** do **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* NIE
1. jestem wykonawcą umowy zlecenia u innego pracodawcy
* TAK

umowa została zawarta na okres od **\_\_\_\_\_\_\_\_** do **\_\_\_\_\_\_\_\_** i moje wynagrodzenie, stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego, w każdym miesiącu wynosi co najmniej minimalne wynagrodzenie obowiązujące w okresie umowy
TAK / NIE\*

* NIE
1. jestem ubezpieczony z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej i opłacam z tego tytułu składki na ubezpieczenie społeczne ZUS
* TAK – STANDAROWE/ PREFERENCYJNE/ MAŁY ZUS\*
* NIE
1. jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej\* /studentem (nie dotyczy doktorantów)\*
i nie ukończyłem(am) 26 lat
* TAK
* NIE
1. jestem emerytem\*/rencistą\*:
* TAK **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (nr świadczenia; kto wypłaca)

* NIE
1. posiadam orzeczenie o niepełnosprawności:
* TAK **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (stopień niepełnosprawności)

* NIE
1. wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym, rentowym:
* TAK
* NIE
1. wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym:
* TAK
* NIE
1. Właściwy Oddział NFZ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem rzeczywistym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 247 § 1 Kodeksu Karnego, a o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia zobowiązuję się powiadomić płatnika na piśmie przed terminem wypłaty wynagrodzenia wynikającego z umowy. W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (data i podpis składającego oświadczenie)

\*niepotrzebne skreślić