

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 _____
Pocztą _____ Gmina _____
Powiat _____ Województwo _____

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Miejscowość _____ Ulica _____
Nr domu/ mieszkania _____ Kod pocztowy _____
Pocztą _____ 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
 - TAKa moje wynagrodzenie ze stosunku pracy wynosi brutto:
 - co najmniej minimalne wynagrodzenie obowiązujące w okresie umowy
 - mniej niż minimalne wynagrodzenie obowiązujące w okresie umowy
 - NIE
- 2) wykonuję zawód sędziego / prokuratora*
 - TAK
 - NIE

- 3) jestem funkcjonariuszem służb mundurowych
- TAK
 - NIE
- 4) przebywam na urlopie bezpłatnym, macierzyńskim, wychowawczym*
- TAK
- od _____ do _____
- NIE
- 5) 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
- 6) jestem ubezpieczony z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej i opłacam z tego tytułu składki na ubezpieczenie społeczne ZUS
- TAK – STANDAROWE/ PREFERENCYJNE/ MAŁY ZUS*
 - NIE
- 7) jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej* /studentem (nie dotyczy doktorantów)* i nie ukończyłem(am) 26 lat
- TAK
 - NIE
- 8) jestem emerytem*/rencistą*:
- TAK
-
- (nr świadczenia; kto wypłaca)
- NIE
- 9) posiadam orzeczenie o niepełnosprawności:
- TAK
-
- (stopień niepełnosprawności)
- NIE
- 10) wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym, rentowym:
- TAK
 - NIE
- 11) wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym:
- TAK
 - NIE

12) 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