



## OŚWIADCZENIE DO CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH

1. Imiona, 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