# Załącznik nr 1

# **OŚWIADCZENIE DO CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

 **DO UMOWY NR**......................................................................................

Nazwisko: ...................................................................Imię .......................................................................

Miejsce urodzenia: ......................................................Data urodzenia: ....................................................

Nr PESEL.......................................................................Obywatelstwo …………………………………..

Oddział NFZ………………………………………….

Nr karty stałego pobytu (dla obcokrajowców) …………………………………………………………..

Jestem / Nie jestem*\** rezydentem Polski

**Miejsce zamieszkania**: ............................................. kod pocztowy .......................................................

Ulica ........................................................................... nr domu .......... .............. nr mieszkania .............

Gmina ........................................Województwo ...................................Powiat.......................................

**Urząd Skarbowy w** .............................................................ul.................................................................

Nr telefonu zleceniobiorcy :......................................................

##### Dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych oświadczam, że:

### Mam ustalone prawo do emerytury/ renty **TAK / NIE\***

**jeśli tak**, podać od kiedy oraz nr decyzji ................................................................................................

przyznanej przez ZUS (adres) .................................................................................................................

### Posiadam / nie posiadam\* orzeczenie o niepełnosprawności

### ( jeśli tak, proszę zaznaczyć stopień : lekki / umiarkowany / znaczny )

### Podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym u innego płatnika składek z tytułu**:**

### **umowy o pracę TAK /NIE***\**

### **(jeśli TAK** podać, czy wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę jest w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia ogłoszonego przez Ministra PiPS **TAK/NIE\***)

Nazwa i adres zakładu pracy........................................................................................................

( w przypadku zatrudnienia należy dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy o zatrudnieniu i osiąganiu minimalnego wynagrodzenia).

1. **umowy- zlecenia** **TAK/NIE***\**

### **(jeśli TAK** podać, czy wynagrodzenie z tytułu umowy zlecenia jest w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia ogłoszonego przez Ministra PiPS **TAK/NIE**)

 Nazwa i adres zleceniodawcy ...............................................................................................

( w przypadku zatrudnienia należy dołączyć zaświadczenie od zleceniodawcy o zatrudnieniu i wysokości wynagrodzenia).

 Czas trwania umowy...................................................................

(do oświadczenia należy dołączyć kopię zgłoszenia ZUS ZUA)

1. **pozarolniczej działalności gospodarczej** **TAK/ NIE***\**

jeśli TAK to : pozarolnicza działalność gospodarcza **obejmuje/ nie obejmuje** swym zakresem prac zleconych, wynikających z ww umowy zlecenia,.

1. Przebywam/ Nie przebywam*\** na urlopie wychowawczym od ...................... do ................... ..
2. Przebywam/ Nie przebywam*\** na urlopie bezpłatnym od ..................... do ...............................
3. Przebywam/ Nie przebywam*\** na urlopie macierzyńskim/ ojcowskim/ rodzicielskim

od .......................... do ........................

1. Jestem/Nie jestem*\** w stosunku służby z tytułu ………………………………………
2. Pozostaję / Nie pozostaję*\** w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w ………………………………………
3. Inny tytuł do ubezpieczeń społecznych TAK/ NIE

jeśli TAK podać jaki ..........................................................................................................

###  10. Oświadczam, że jestem uczniem / studentem do 26 roku życia **TAK / NIE**

 Nazwa i adres szkoły.............................................................................................................

 Legitymacja nr ........................................, data ważności ........................................

 Studenci kończący naukę –podać datę złożenia egzaminu dyplomowego............................

 11. Posiadam/ Nie posiadam*\** certyfikat rezydencji podatkowej wydany na okres od……… do…

 12. Składam /Nie składam\* wniosku o objęcie mnie na zasadach dobrowolności ubezpieczeniem …… chorobowym.

 13. Składam /Nie składam\* wniosku o objęcie mnie na zasadach dobrowolności ubezpieczeniem ……..emerytalnym i rentowym.

 \*niewłaściwe skreślić

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana. Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy w terminie do 5 dni od dnia wystąpienia wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywane przez mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych które mają wypływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenie społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego i zleceniodawcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

 .......................................................................

 Data i czytelny podpis zleceniobiorcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do zawarcia i realizacji umowy cywilno-prawnej zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

 .......................................................................

 Data i czytelny podpis zleceniobiorcy

1-terminem ukończenia studiów jest data złożenia egzaminu dyplomowego; w przypadku kierunków: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego i weterynarii końcem nauki jest dzień złożenia ostatniego wymaganego planem studiów egzaminu, a w przypadku kierunku farmacji-data zaliczenia ostatniej przewidzianej planem studiów praktyki; przez okres od dnia obrony pracy licencjackiej do dnia przyjęcia w poczet studentów na kolejnej uczelni- osoba nie ma statusu studenta w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, tj.podlega w tym okresie obowiązkowym ubezpieczeniom.