

**OŚWIADCZENIE DO CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH  
DO UMOWY NR.....**

Nazwisko: ..... Imię .....

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

Seria i nr dow.osob. .... Nr PESEL.....

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

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

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

Nr telefonu zleceniobiorcy:.....

**Urząd Skarbowy w** ..... ul.....

**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)

W dniu zawarcia ww. umowy podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym u innego płatnika składek (pracodawcy/zleceniodawcy) z tytułu:

1. **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 osiągnięciu minimalnego wynagrodzenia).

2. **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)

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

**jeśli TAK**, określić:

- pozarolnicza działalność gospodarcza **obejmuje/ nie obejmuje** swym zakresem prac zleconych, wynikających z ww umowy-zlecenia,

- Podstawa wymiaru składek z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej wynosi co najmniej 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego **TAK/NIE\***

4. Przebywam/nie przebywam\* na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym od ..... do .....

5. Pozostaję/nie pozostaję\* w ewidencji bezrobotnych Powiatowego Urzędu Pracy.

6. Inny tytuł do ubezpieczeń społecznych **TAK/NIE\***.

Jeśli TAK, podać jaki .....

Oświadczam, że jestem uczniem / studentem do 26 roku życia **TAK / NIE\***

Nazwa i adres szkoły.....  
.....

Legitymacja nr ....., rok szkolny .....

Studenti kończący naukę – podać datę złożenia egzaminu dyplomowego<sup>1</sup>.....

(do oświadczenia należy dołączyć kopię ważnej legitymacji szkolnej/studenckiej ).

7. Składam/nie składam\* wniosku o objęcie mnie na zasadach dobrowolności ubezpieczeniem chorobowym.

8. Składam/nie składam\* wniosku o objęcie mnie na zasadach dobrowolności ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym.

**O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zleceniodawcę zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U.2002 nr 101 poz.926). Wyrażam zgodę, by Zleceniodawca, jako administrator moich danych osobowych, przetwarzał je w celach kadrowo-płacowych.

.....  
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.

**UWAGA! \*niepotrzebne skreślić**