Oświadczenie

w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i zdrowotnego

Nazwisko:......................................................................................................................................

Nazwisko rodowe: ...................................................................................................................

Imię/Imiona:..................................................................................................................................

Imię matki:..........................................................Imię ojca: ...........................................

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

PESEL................................................................ NIP .................................................................

Obywatelstwo: …………………………………

Nr karty stałego pobytu (wypełniają obcokrajowcy): …………………………….

Adres zamieszkania:

Województwo............................................... Powiat ...................................................................

Gmina .......................................................... Miejscowość .........................................................

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

Kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_ Poczta .................................. nr telefonu ......................................

**Adres Urzędu Skarbowego (właściwy ze względu na adres zamieszkania):**

…………………………………………………………………………………………………

**Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:** …………………………………

**Nr rachunku bankowego:**

…………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że upoważniam Gminę Miasto Augustów do przetwarzania moich danych osobowych zawartych w umowie i załącznikach do umowy dla potrzeb niezbędnych do wykonania postanowień umowy zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2019. poz. 781 z późn. zm.)

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

(data) (podpis osoby składającej oświadczenie)

……………………, dn. ……………………

Nazwisko i imię ………………………………………………………..…………………

Adres ………………………………………………………..……………………………

Data urodzenia ………………..…………………

PESEL ………………..…………………

**OŚWIADCZENIE**

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych

i ubezpieczenia zdrowotnego

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że:

1. Jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę: TAK / NIE\*

Jeśli tak, proszę podać nazwę i adres zakładu pracy:

…………………………………………………………………………………………

Wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:   
co najmniej minimalne wynagrodzenie / mniej niż minimalne wynagrodzenie\*

1. Jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia: TAK / NIE\*

Jeśli tak, proszę podać nazwę i adres zleceniodawcy:

…………………………………………………………………………………………

Wynagrodzenie z tytułu umowy zlecenia w kwocie brutto wynosi:   
co najmniej minimalne wynagrodzenie / mniej niż minimalne wynagrodzenie\*

Umowa zlecenia w innym zakładzie pracy została zawarta na okres od ……………… do …………… .

1. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej / ponadgimnazjalnej / studentem\* i nie ukończyłem/-am 26 lat: TAK / NIE\*

Jeśli tak, proszę podać nazwę i adres uczelni oraz rok studiów:

…………………………………………………………………………………………

Jeśli tak, proszę podać numer legitymacji szkolnej / studenckiej\*: ……………………

1. Jestem osobą bezrobotną: TAK / NIE\*

Jestem zarejestrowany/-a w Urzędzie Pracy: TAK / NIE\*

z prawem/bez prawa\* do zasiłku dla bezrobotnych.

Jeśli tak, proszę podać adres urzędu pracy:

…………………………………………………………………………………………

1. Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników od dnia ……………………: TAK / NIE\*

Jeśli tak, proszę podać adres siedziby właściwej Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego:

…………………………………………………………………………………………

1. Jestem emerytem / rencistą\*: TAK / NIE\*
2. Jestem ubezpieczony z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej:   
   TAK / NIE\*

Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy:

* Podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i wnoszę / nie wnoszę\* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
* Wnoszę / nie wnoszę\* o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnymi / rentowymi.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. O wszelkich zmianach zobowiązuję się poinformować w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany.

………………………………………………

*(czytelny podpis)*

**\*niepotrzebne skreślić**