Zał. Nr 1 do ogłoszenia PLW w Środzie Wlkp.

z dnia 9 marca 2020r*.*

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY** |
| **1. NAZWISKO**  |
| **2. IMIONA**  |
| **3. DATA I MIEJSCE URODZENIA**  |
| **4. IMIONA RODZICÓW**  |
| **5. NUMER PESEL**  |
| **6. NUMER NIP**  |
| **7. SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO**  |
| **8. ADRES ZAMIESZKANIA**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ulica  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr domu  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numer mieszkania  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Miejscowość  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kod pocztowy  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poczta  |
| **9. ADRES DO KORESPONDENCJI**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ulica  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr domu  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numer mieszkania  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Miejscowość  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kod pocztowy  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poczta  |
| **10. KONTO BANKOWE**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nazwa banku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numer konta bankowego  |
| **11. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE**  | 1. Jestem objęty ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z  tytułu: □ stosunku pracy i z tego tytułu osiągam przychód  (wynagrodzenie określone w umowie) równy co najmniej  minimalnemu wynagrodzeniu ( 2600,00 zł w 2020r. brutto) - przebywam/ nie przebywam na urlopie bezpłatnym - przebywam/ nie przebywam na urlopie wychowawczym□ członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych □ stosunku służby w WP, Policji, UOP, SG, PSW, SW. SC □ wykonywania pracy nakładczej □ prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne  nazwisko ( i podstawę wymiaru stanowi kwota równa co  najmniej minimalnemu wynagrodzeniu 2600,00 zł w 2020r.  brutto), współpracy przy prowadzonej działalności□ z innej umowy zlecenia gdzie podstawa wymiaru składek  (uzyskane w danym miesiącu wynagrodzenie) jest równa co  najmniej minimalnemu wynagrodzeniu ( 2600,0 zł w 2020r.  brutto) |
|  | 2. Jestem / nie jestem uczniem lub studentem i nie ukończyłem  26 lat. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nazwa szkoły lub uczelni 3. Wnoszę o dobrowolne ubezpieczenie społeczne:  Emerytalne i rentowe: Tak Nie  Chorobowe: Tak Nie  |
| **12. PRAWO DO EMERYTURY**  |  Posiadam Nie posiadam  |
| **12. PRAWO DO RENTY**  |  Posiadam Nie posiadam  |
| **13. ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  |  Posiadam Nie posiadam   Stopień: …………………… |
| **14. NAZWA NFZ**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nazwa NFZ  |
| **15. URZĄD SKARBOWY**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nazwa urzędu skarbowego  |

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam, iż POZOSTAJĘ/NIE POZOSTAJĘ (niewłaściwe przekreślić) w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w Środzie Wlkp.

Zobowiązuję się w terminie 5 dni do poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia.

*W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych, które maja wpływ na opłacanie składek* ***zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.***

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

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Miejscowość i data Podpis osoby składającej kwestionariusz