Zał. Nr 1 do ogłoszenia PLW w Środzie Wlkp.

z dnia ……………………..r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 obowiązującemu w 2024 roku (od 01.01- 30.06.2024r.- 4.242,00 zł brutto a następnie od lipca 2024r. 4.300,00 zł 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 obowiązującemu w 2024 roku  (od 01.01-30.06.2024r.- 4.242,00 zł brutto a następnie od lipca 2024r. - 4.300,00 zł brutto) współpracy przy prowadzonej działalności  □ z innej umowy zlecenia gdzie podstawa wymiaru składek  (uzyskane w danym miesiącu wynagrodzenie) jest równa co  najmniej minimalnemu wynagrodzeniu obowiązującemu w 2024 roku (od 01.01-30.06.2024r.- 4.242,00 zł brutto a następnie od lipca 2024r. 4.300,00 zł 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.

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