



## OŚWIADCZENIE DO CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH

1. Imię, Nazwisko.....
2. Data urodzenia.....
3. Nazwisko rodowe.....
4. Obywatelstwo.....
5. Urząd Skarbowy.....
6. **PESEL**.....

Data zawarcia umowy o organizację stażu: .....,  
okres trwania stażu: **od dnia** ..... **do dnia** .....

7. Adres zamieszkania:

Kod pocztowy	Poczta	Miejscowość	Ulica	
Nr domu	Numer mieszkania	Gmina	Powiat	Województwo

8. Oświadczam, że
  - pozostaję w stosunku pracy\* .....  
(Nazwa i adres zakładu pracy)
  - i z tego tytułu jestem objęty/a ubezpieczeniem społecznym.
  - mam ustalone prawo do: \*  
renty od dnia.....do dnia.....nr  
renty.....
  - lekkim stopniem niepełnosprawności
  - umiarkowanym stopniem niepełnosprawności
  - znacznym stopniem niepełnosprawności
9. Oświadczam, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne z tytułu łączącego mnie z w/w zakładem stosunku pracy **JEST/NIE JEST** niższa od najniższego wynagrodzenia. \*
10. Zawarłem/am umowę ze Zleceniodawcą na kwotę **NIŻSZĄ/RÓWNĄ/WYŻSZĄ** od najniższego wynagrodzenia. \*
11. Oświadczam, że prowadzę własną działalność gospodarczą **TAK/NIE\***  
Oświadczam, że zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej **NIE OBEJMUJE/OBEJMUJE** Przedmiotu umowy\*
12. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem.....
13. Jestem zarejestrowany/a jako bezrobotny/a .....
14. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.....

.....  
Podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu

\*niepotrzebne skreślić