



Oświadczenie uczestnika Programu Stażowego

Nazwisko:..... Imiona:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

PESEL: Obywatelstwo:.....

Miejsce zameldowania:

Gmina/dzielnica:..... Powiat:Województwo:.....

Kod:.....Poczta:..... Miejscowość:

Ul Nr domu:..... Nr mieszkania:

Adres do korespondencji:.....

.....

Adres do zamieszkania:.....

.....

Telefon:..... Adres e-mail:.....

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:.....

Urząd Skarbowy:.....

Nr mojego rachunku bankowego:.....

Oświadczenie dla potrzeb ubezpieczeń społecznych

W każdej kratce własnoręcznie należy wpisać odpowiednio TAK lub NIE

<input type="checkbox"/>	jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej/studentem ¹ i nie ukończyłem 26 lat. Jako potwierdzenie dołączam kopię legitymacji uczniowskiej/studenckiej ¹ . Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć co 6 miesięcy kopie aktualnej legitymacji uczniowskiej/studenckiej ¹
<input type="checkbox"/>	posiadam ubezpieczenie społeczne (emerytalne i rentowe)innym zakładzie pracy z tytułu umowy o pracę , naliczane od podstawy niższej/równej/ wyższej ¹ niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę tj. 2800,00 zł brutto w 2021 roku . Jednocześnie zobowiązuję się poinformować o wszelkich zmianach wynagrodzenia mających wpływ na wysokość odprowadzanych składek.
	Nazwa i NIP zakładu pracy:.....

	Okres obowiązywania umowy:
	Wymiar etatu.....



**Elbląskie Przedsiębiorstwo
Energetyki Ciepłej**

<input type="checkbox"/>	posiadam ubezpieczenie społeczne (emerytalne i rentowe) z tytułu umowy cywilnoprawnej/innej umowy ¹ (podać jakiej.....), naliczane od podstawy niższej/równej/ wyższej niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę tj. 2800,00 zł brutto . Jednocześnie zobowiązuję się poinformować o wszelkich zmianach wynagrodzenia mających wpływ na wysokość odprowadzanych składek.. Nazwa i NIP zakładu pracy:..... Okres obowiązywania umowy:
<input type="checkbox"/>	Jestem zarejestrowany/a w KRUS
<input type="checkbox"/>	w ramach zatrudnienia przebywam na: urlopie wychowawczym/bezpłatnym/urlopie macierzyńskim ¹ w okresie.....
<input type="checkbox"/>	prowadzę działalność gospodarczą: - składki społeczne odprowadzane w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, są naliczane od podstawy wymiaru składek w wysokości wyższej / niższej / równej 1 kwocie 3155,40 zł w 2021 roku . - zakres prowadzonej działalności gospodarczej pokrywa się/ nie pokrywa nie z zakresem czynności określonym w podpisywanej obecnie umowie zlecenia.
<input type="checkbox"/>	jestem emerytem/rencistą Nr decyzji ²
<input type="checkbox"/>	jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności ³ Lekki/Umiarkowany/Znaczny ¹ oddo
<input type="checkbox"/>	pobieram zasiłek/świadczenie/rentę ¹ w okresie
	(rodzaj zasiłki/świadczenia/renty)
<input type="checkbox"/>	wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym
<input type="checkbox"/>	wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

Podane dane są **zgodne ze stanem faktycznym**. Oświadczam, że nie jestem zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie informacji nieprawdziwych lub za brak terminowego powiadomienia Zleceniodawcy o wszelkich zmianach. **O wszystkich zmianach** dotyczących informacji objętych niniejszym kwestionariuszem osobowym, w szczególności o zmianie okoliczności mających wpływ na obowiązek odprowadzania składek z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, **zobowiązuję się pisemnie powiadomić Zleceniodawcę**, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

- 1) Niepotrzebne skreślić
- 2) Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej emeryturę/ rentę (z uwzględnieniem dat)
- 3) Proszę dołączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat)
- 4) Proszę dołączyć kopię decyzji organu wypłacającego zasiłek/świadczenie lub zaświadczenie o rodzaju pobieranego i okresie jego pobierania