**Oświadczenie**

dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego

**Dane osobowe**

Nazwisko ……………………….……………………….. Imiona 1) ……………………………………. 2) …………………………………..…………

Imię ojca ……………………………………….………… Imię matki ……………………………………………………..………………………….......

Data urodzenia ……………………………………… Miejsce urodzenia ……………………………………………………………………………

Nazwisko rodowe …………………………………………………………… Obywatelstwo …………………………………………………………

PESEL …………………………………………..………………………. NIP ………………………………………………………………….……………………

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

**Adres zameldowania**

Województwo …………………………….………….. Powiat ……………………………………… Gmina …………………………….………

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

Miejscowość ………………………….………………. Kod pocztowy ………………….………… Poczta …...................................

**Adres zamieszkania**

Województwo …………………………….………….. Powiat ……………………………………… Gmina …………………………….………

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

Miejscowość ………………………….………………. Kod pocztowy ………………….………… Poczta …..................................

**Adres do korespondencji (gdy jest inny niż adres zamieszkania)**

Województwo …………………………….………….. Powiat ……………………………………… Gmina …………………………….………

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

Miejscowość ………………………….………………. Kod pocztowy ………………….………… Poczta …....................................

**Urząd Skarbowy ………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia** ……………………………………………………………………………….......

**Telefon** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Adres e-mail …………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Numer rachunku bankowego: ………………………………………………………………………………………………………….**

**Nazwa banku ……………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Jako Wykonawca umowy oświadczam, że :**

* Jestem/nie jestem\*zatrudniony na podstawie umowy o pracę w ………………………………………… i z tego tytułu **osiągam/nie osiągam\*** przychód w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia (od 1 stycznia 2022 r. – 3010,00 zł),
* Przebywam/nie przebywam\* na urlopie bezpłatnym/wychowawczym\*,
* Jestem/nie jestem objęty obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi z tytułu innej umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy o zleceniu, z którego uzyskuje/nie uzyskuję\* miesięcznie przychód w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia (od 1 stycznia 2022 r. – 3010,00 zł),
* Mam/nie mam\*ustalone prawo do emerytury
* Mam/nie mam\*ustalone prawo do renty

ZUS Inspektorat nr ……………………….. z siedzibą w …………………………………..

ul. ………………………………………………… nr ………………………………………..

Mając ustalone prawo do renty lub emerytury zgłaszam się dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego.

* Prowadzę/nie prowadzę\* działalność pozarolniczą (gospodarczą, wolny zawód, twórczą albo artystyczną, publiczną lub niepubliczną szkołę, inną formę wychowania przedszkolnego, placówkę lub zespół w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, jako wspólnik spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej albo wspólnik jednoosobowej spółki z o.o.) i z tego tytułu odprowadzam co miesiąc składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne od podstawy wymiaru wynoszącej miesięcznie………………….zł,
* Jestem/nie jestem \* osobą współpracującą z osobą prowadzącą działalność,
* Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (podać stopień) …………………
* Jestem/nie jestem\* uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłam/em 26 lat.

- Nie pracuję, nie jestem zarejestrowana/y jako osoba bezrobotna i nie jestem objęta/y ubezpieczeniem społecznym z żadnego tytułu.

* Pozostaje/nie pozostaje\* w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w ……………………………………………………………………………………………

O wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuje się powiadomić Zleceniodawcę w terminie 5 dni od daty zaistnienia.

…………………………………………………………. ……………………………………………………

(miejscowość ,data) (czytelny podpis )

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonywania 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 prawnymi.

 ………………………..…………………………..

 ( data i czytelny podpis )

\*) niepotrzebne skreślić