



## OŚWIADCZENIE STAŻYSTY DLA CELÓW USTALENIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

1. Imię, Nazwisko.....
2. Data urodzenia.....
3. Nazwisko rodowe.....
4. Seria i numer dowodu osobistego/paszportu.....
5. Obywatelstwo.....
6. Urząd Skarbowy.....
7. Moim identyfikatorem podatkowym jest **PESEL / NIP\***.....  
(Identyfikator podatkowy)

8. Data zawarcia umowy zlecenia z UR/ wyjazdu służbowego\*: **dnia:**....., okres trwania stażu: **od dnia** ..... **do dnia** .....

9. Adres zamieszkania:

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

10. Oświadczam, że  
 pozostaję w stosunku pracy\*.....  
(Nazwa i adres zakładu pracy)

i z tego tytułu jestem objęty/a ubezpieczeniem społecznym.

- mam ustalone prawo do: \*  
emerytury od dnia ..... nr emerytury.....  
renty od dnia.....do dnia.....nr renty.....
- lekkim stopniem niepełnosprawności
- umiarkowanym stopniem niepełnosprawności
- znacznym stopniem niepełnosprawności

11. 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. \*  
**(dotyczy osób niezatrudnionych na etacie w Uniwersytecie Rolniczym).**

Oprócz niniejszej umowy zawarłam / em umowę z innym Zleceniodawcą na kwotę **NIŻSZĄ / WYŻSZĄ** od najniższego wynagrodzenia. \*

12. Oświadczam, że prowadzę własną działalność gospodarczą **TAK/NIE\***  
Oświadczam, że zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej **NIE OBEJMUJE/ OBEJMUJE** Przedmiotu umowy\*
13. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem.....
14. Jestem zarejestrowany jako bezrobotny.....
15. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.....
16. Numer rachunku bankowego (ROR).....

.....  
wykonawca

\*niepotrzebne skreślić