



Załącznik Nr 9 do Zarządzenia Rektora 11/2017 z dnia 10 marca 2017 r.

Załącznik nr 4.2

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA STAŻU DLA CELÓW USTALENIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I ZDRWOTNYCH

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***.....
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 dnianr emerytury.....
 - renty od dniado 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 ww. zakładem stosunku pracy **JEST / NIE JEST** niższa od najniższego wynagrodzenia. *
(dotyczy osób nie zatrudnionych 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

