**Załącznik nr 5a**

..................................

Nazwisko i imię

**OŚWIADCZENIE**

1. Pozostaję w stosunku pracy: tak/nie\* (jeśli tak, należy podać nazwę i adres zakładu pracy). .............................................................................................................................................................................
2. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu stosunku pracy jest **niższa/wyższa**\* od najniższego wynagrodzenia.
3. **Prowadzę/Nie prowadzę** działalność/ci gospodarczą/ej od dnia ........................ . Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej jest **wyższa/niższa**\* od miesięcznego wynagrodzenia brutto z tytułu umowy zlecenia.
4. Oprócz zawieranej umowy zlecenia **mam/nie mam**\* zawartą umowę zlecenia z innym niż Uniwersytet Rolniczy im. H. Kołłątaja zleceniodawcą, w okresie od .................. do........................... .
5. **Przebywam/nie przebywam**\* na urlopie **macierzyńskim/wychowawczym**\* w okresie  
   od ................... do.................... .
6. **Przebywam/ nie przebywam**\* na urlopie bezpłatnym w okresie od ................. do................... .
7. Jestem emerytem, rencistą: **tak/nie**\* (jeśli tak, należy przedłożyć kserokopię decyzji ZUS).
8. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej, studentem I lub II stopnia: **tak/nie**\* (jeśli tak, należy podać nazwę szkoły/ uczelni wraz z kierunkiem) ......................................................................................

.............................................................................................................................................................................

1. Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym: **tak/nie**\*
2. Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem emerytalno- rentowym: **tak/nie**\*

Skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub nie poinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia w terminie 3 dni od daty powstania tychże zmian obciążają Zleceniobiorcę.

**DANE OSOBY ZGŁASZANEJ:**

1. PESEL: …………………………………………………………………………………............……….

2. NIP: .................………………………………………………………………………………………….

3. Nr paszportu i data urodzenia (w przypadku cudzoziemców): …………...............………………………

4. Imię drugie (jeśli osoba posiada): ……………………...............………………………………………..

5. Nazwisko rodowe (jeśli była dokonywana zmiana nazwiska): ……………………............………………

6. Obywatelstwo: ……………………………………………………………...........……………………...

7. Kod pocztowy: ………………………………………………………………………............…………..

8. Miejscowość: …………………………………............………………………………………………….

9. Gmina: ……………………….............………………………………………………………………….

10. Ulica: …………………………..............……………………………………………………………….

11. Nr domu/mieszkania: …………………..........………………………………………………………...

**Oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym. Upoważniam pracownika Działu Spraw Osobowych Uniwersytetu Rolniczego im. H. Kołłątaja w Krakowie do podpisania druku zgłoszeniowego do ubezpieczeń społecznych/zdrowotnego w moim imieniu.**

..................................................................

/data i czytelny podpis Zleceniobiorcy/

\* niepotrzebne skreślić