Załącznik do umowy nr 2.2

**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 (nazwa i adres)………………………………………………………………….…………..
7. Moim identyfikatorem podatkowym jest **PESEL/NIP**\*……………….……………………….………….

(Identyfikator podatkowy)

1. Data zawarcia umowy stażowej z UR: **dnia**:………………………………………, okres trwania stażu: **od dnia** ……………………………**do** **dnia** ………………………………..………
2. Adres zamieszkania:

miejscowość i kod pocztowy:…………………………………………………………….………….……..

ulica lub miejscowość i nr domu/nr mieszkania: ………………………….….….………………………..…

gmina:………………………………………..………… powiat:……………………………………………

województwo:…………………..…….………………………….

1. Oświadczam, że **pozostaję/nie pozostaję\*** w stosunku pracy:

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

 (nazwa i adres zakładu pracy)

i z tego tytułu jestem objęta/y ubezpieczeniem społecznym: **TAK/NIE\***

1. 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).

1. Oświadczam, że zawarłam / em Umowę Zlecenie: **TAK/NIE\***; Umowę o dzieło: **TAK/NIE\***

data zawarcia…………….………………..……, na okres od ……………………………….. do ……………………………………., na kwotę **NIŻSZĄ/WYŻSZĄ\*** od najniższego wynagrodzenia.

Zakres przedmiotu umowy **JEST/NIE JEST\*** tożsamy z moim kierunkiem studiów i zakresem tematycznym realizowanego stażu.\*

1. Oświadczam, że prowadzę własną działalność gospodarczą: **TAK/NIE**\*

Zakres prowadzonej działalności gospodarczej **OBEJMUJE/NIE OBEJMUJE\*** przedmiotu umowy stażowej.\*

1. Jestem zarejestrowana/y jako bezrobotna/y: **TAK/NIE\***
2. Oświadczam, że mam ustalone prawo do renty od dnia................................do dnia.................................. nr renty...........................................................

□ z lekkim stopniem niepełnosprawności

□ z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności

□ ze znacznym stopniem niepełnosprawności

1. Jestem studentką/studentem (nazwa uczelni)…………………………………………………
2. Jestem zarejestrowany jako bezrobotny……………………………………………………………………..
3. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia (nr i nazwa)…………………………………..…………………
4. Numer rachunku bankowego (ROR)………………………………………………..………………………

 ………………………………………..

 Podpis Stażysty/Stażystki

\*niepotrzebne skreślić