



Załącznik nr 9

OŚWIADCZENIE DLA CELÓW USTALENIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

1. Pozostaję w stosunku pracy: **nie/tak*** w wymiarze.....etatu w (jeśli tak, należy podać nazwę i adres zakładu pracy).....
2. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu mojego stosunku pracy jest **niższa/wyższa*** od najniższego wynagrodzenia.
3. Prowadzę działalność gospodarczą od dnia..... . Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej jest **niższa/wyższa*** od miesięcznego wynagrodzenia brutto z tytułu umowy zlecenia.
4. Oprócz zawieranej umowy o staż **mam/nie mam*** zawartą umowę zlecenia z innym niż Uniwersytet Rolniczy im. Hugona Kołłątaja w Krakowie zleceniodawcą, w okresie od..... do.....

Za skutki błędnego oświadczenia lub nie poinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia w terminie 3 dni od daty ich powstania, winę ponosi Stażysta, w tym zobowiązany będzie do pokrycia należnych odsetek od przysługującego wynagrodzenia.

DANE OSOBY ZGŁASZANEJ:

Imię (Imiona) i nazwisko studenta/studentki

PESEL

NIP

.....

Obywatelstwo

.....

Miejscowość, kod pocztowy

.....

Gmina

.....

Ulica, Nr domu/mieszkania

Oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Kraków, dn.

czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu

* niepotrzebne skreślić