Nazwisko i imię …………………………………………………………………………………………, Imię drugie……………………………………………………….

Nazwisko rodowe ……………………………………………....……………, PESEL …….………………………………………….…………………………………….

Nr paszportu lub inny dokument w przypadku braku nr PESEL ………………..………….……………………………………………….……………….

Data urodzenia …………………………………………………………., obywatelstwo ……………………………………………………………….………………..

Adres zameldowania …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………..

Kod pocztowy………………….., poczta …………………………………………………………………………….…………….…………

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………………………………………….………….………......

Kod pocztowy………………….., poczta …………………………………………………………………………..……….…….………….

Numer kontaktowy: ……………………………………………………………, Adres e-mail …………………………………………….…………………………….

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY DO CELÓW UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO[[1]](#endnote-1)**

|  |
| --- |
| Do umowy nr ………………………………………………..…………………………………………….. zawartej dnia …………………………………………….  na okres od ……………………………………………. do ………………………………………………….. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KOD WYKONYWANEGO ZAWODU WYNIKAJĄCY Z PRZEDMIOTU ZAWARTEJ UMOWY** |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Oświadczam, że na terytorium Polski *(proszę zaznaczyć właściwy kwadrat z odpowiedzią)*: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **1.** | Jestem pracownikiem Uniwersytetu Zielonogórskiego. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | tak | |  | | nie | | **2.** | | Jestem zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę (*podać nazwę zakładu pracy*) …………………………………………………………………………………………………………………………..………i z tego tytułu osiągam: | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | | **przychód w wysokości co najmniej** minimalnego wynagrodzenia **(1)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | **przychód mniejszy niż** minimalne wynagrodzenie **(2)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **3.** | Przebywam na urlopie **wychowawczym** **(2)** od: |  | do |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **4.** | Przebywam na urlopie **bezpłatnym (2)** od: |  | do |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **5.** | Pobieram **zasiłek macierzyński** **(1)** za okres od: |  | do |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **6.** | Jestem mianowany/a na stanowisko **Prokuratora\*/Sędziego\* (2).** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **7.** | Jestem członkiem **Rady Nadzorczej (2)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **8.** | Jestem **osobą bezrobotną (2)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **9**. | Jestem ubezpieczony/a w **KRUS (2)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **10.** | Prowadzę działalność pozarolniczą (w tym działalność gospodarczą): |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | opłacam wyłącznie składkę zdrowotną **(2)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | opłacam składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe **na zasadach ogólnych (1)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | opłacam składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe **na zasadach preferencyjnych (2)**  opłacam składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe na zasadach |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **11.** | Jestem emerytem ………………………………………………………………………………………………………….…………., |
|  |  |  |  |  | (adres i Oddział ZUS) |
|  |  |  |  |  | numer emerytury………………………………………………………………., przyznanej od dnia…………………........ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **12.** | Jestem rencistą ……………………………………………………………………………………………………………………….. |
|  |  |  |  |  | (adres i Oddział ZUS) |
|  |  |  |  |  | numer renty ……………………………………, przyznanej od dnia…………………....... do dnia …………………... |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **13.** | Posiadam orzeczenie o **lekkim\*/umiarkowanym\*/znacznym**\* stopniu niepełnosprawności przyznane od dnia ……………………………….. do dnia …………………………………. |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **14.** | Jestem słuchaczem studiów doktoranckich (podać nazwę uczelni i nr albumu)……………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…… |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **15.** | Jestem studentem, uczniem (podać nazwę uczelni lub szkoły i nr albumu)………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………… i nie ukończyłem/am 26 roku życia. |
|  |  |  |  |

**Dodatkowe informacje dotyczące zgłoszenia do ubezpieczenia z tytułu zawarcia umowy zlecenia z Uniwersytetem Zielonogórskim:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **18.** | Wnoszę o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowym. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **19.** | Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **20.** | Wnoszę o zgłoszenie/wyrejestrowanie członków mojej rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego (ZAŁACZYĆ DRUK ”Oświadczenie w celu zgłoszenia/wyrejestrowania do/z ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny ubezpieczonego”) | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Lp. | Imię i Nazwisko |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

**21.** Przyjmuję do wiadomości, że:

1. umowa zlecenia jest tytułem do objęcia obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi i zdrowotnym;
2. w przypadku zbiegu tytułów do ubezpieczenia, obowiązek przedłożenia dokumentów, z których wynika brak konieczności opłacania składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, spoczywa na mnie;
3. jeżeli w wyniku błędnego wypełnienia przeze mnie niniejszego oświadczenia lub niepoinformowania o zmianach w stosunku do stanu faktycznego, w wyniku czego zostanie dokonane nieprawidłowe zgłoszenie z tytułu niniejszej umowy, zobowiązuje się do wpłaty zaległych składek;
4. w przypadku zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych/zdrowotnego z tytułu ww. umowy, jestem zobowiązany(a) do wyrejestrowania się z innych tytułów do ubezpieczenia (poza UZ), takich jak: bycie członkiem rodziny, studentem, doktorantem, zarejestrowanie w Urzędzie Pracy.

**Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.**

**O wszelkich zmianach w stosunku do stanu faktycznego wynikającego z oświadczenia, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Uniwersytet Zielonogórski na piśmie.**

**Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | (data wypełnienia) |  | (czytelny podpis Zleceniobiorcy) |

**UWAGA: PROSZĘ DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE**

1. **WYPEŁNIA** Zleceniobiorca, który **nie jest** pracownikiem Uniwersytetu Zielonogórskiego, lub **jest** pracownikiem Uniwersytetu Zielonogórskiego, ale przebywa na urlopie **bezpłatnym, wychowawczym lub macierzyńskim**.

   (1) Zleceniobiorca zgłoszony zostanie do ubezpieczenia zdrowotnego (ZZA).

   (2) Zleceniobiorca zgłoszony zostanie do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego (ZUA).

   \* niepotrzebne skreślić [↑](#endnote-ref-1)