**Załącznik nr 5c** do Regulaminu Projektu

**Zgłoszenie stażysty/ki do ubezpieczeń ZUS**

Nazwisko: **NAZWISKO** Imiona: **IMIONA**

Nazwisko rodowe: **JEŚLI DOTYCZY** lub *spacja* jeśli brakPłeć (K/M): **Wybierz**

PESEL: **PESEL** Data urodzenia: **Data urodzenia**

Nr i nazwa oddziału wojewódzkiego NFZ: np.: **13 – Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ**

Stopień niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

[ ]  osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności lub osoba, która posiada orzeczenie i nie przedłożyła go płatnikowi,

[ ]  osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności,

[ ]  osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,

[ ]  osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,

[ ]  osoba, która przedłożyła płatnikowi orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia.

Nr świadczenia: **Numer** lub *spacja* jeśli brakObywatelstwo: np.: **POLSKIE**

 (*em., renta, renta rodzinna itp.*)

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu:

Kod pocztowy: np.: **25-314** Miejscowość: **MIEJSCOWOŚĆ**

Gmina: **GMINA** Ulica: **ULICA** lub *spacja* jeśli brak

Nr domu: **Nr domu** Nr lokalu: **Nr lokalu** lub *spacja* jeśli brak

Nr telefonu: np.: **111-111-111**

Adres zamieszkania (wypełnić jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu):

Kod pocztowy: Miejscowość:

Gmina: Ulica:

Nr domu: Nr lokalu:

Nr telefonu:

Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu i adres zamieszkania)

Kod pocztowy: Miejscowość:

Gmina: Ulica:

Nr domu: Nr lokalu:

Nr telefonu:

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Działu Kadrowo-Płacowego Politechniki Świętokrzyskiej o jakiejkolwiek zmianie w/w danych.**

 ….………………………………

 *data i podpis Stażysty/ki*