**Załącznik nr 5c** do Regulaminu Projektu

(tekst jednolity Regulaminu wprowadzony Zarządzeniem Nr 20/22)

**Zgłoszenie stażysty/ki do ubezpieczeń ZUS**

Nazwisko …………………………..………… Imiona ……………………….………………………

Nazwisko rodowe ………………….............................. Płeć (K/M) ….……………………….……..

PESEL ………………………………….………. data urodzenia……………………………….……

Nr i nazwa oddziału wojewódzkiego NFZ …………………………………….................................…

Stopień niepełnosprawności (zakreśl właściwe):

1. osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności lub osoba, która posiada orzeczenie i nie przedłożyła go płatnikowi
2. osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
3. osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
4. osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
5. osoba, która przedłożyła płatnikowi orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom
do 16 roku życia

Nr świadczenia …………………………… Obywatelstwo ……………………………..…..……..

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

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu:

Kod pocztowy: ……………..……………………. Miejscowość: …………………………………..

Gmina : ….……………………..…………. Ulica : …………………………………..

Nr domu : ………………………….….……. Nr lokalu : …………………………………..

Nr telefonu : …………………………..……….

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*