***(Wypełnia Dział Dydaktyki i Spraw Studenckich)***

Oświadczenie zleceniobiorcy nie będącego pracownikiem Politechniki Świętokrzyskiej z tytułu wykonywania umowy zlecenia zawartej w dniu …………. na okres od ……………. do …………………….

………………………….

Podpis i pieczątka pracownika DDiSS

***(Wypełnia Zleceniobiorca)***

**Oświadczenie wypełnić CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI**

**Dane osobowe:**

Nazwisko.................................................................Imiona **1.** .......................................**2**....................................

Imię ojca..................................................................Imię matki............................................................................

Miejsce urodzenia ...................................................Data urodzenia **\_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_** r.

Nazwisko rodowe ...................................................Obywatelstwo.......................................................................

**Adres zameldowania:**

Województwo.................................................Powiat.......................................Gmina.........................................

Ulica.............................................................................................Nr domu.................. Nr mieszkania.................

Miejscowość............................................................Kod pocztowy..............................Poczta.............................

**Adres zamieszkania:**

Województwo.................................................Powiat.......................................Gmina.........................................

Ulica.............................................................................................Nr domu.................. Nr mieszkania.................

Miejscowość............................................................Kod pocztowy..............................Poczta..............................

**Adres do korespondencji (gdy nie jest tożsamy z miejscem zamieszkania)**

Województwo................................................Powiat........................................Gmina.........................................

Ulica............................................................................................Nr domu.................. Nr mieszkania..................

Miejscowość...........................................................Kod pocztowy..............................Poczta...............................

**Urząd Skarbowy:**..........................................................................................................................................

Identyfikator do rozliczeń podatkowych\*:

* Pesel……………………………………………….,
* NIP…………………………………………………..

Proszę o wypłatę wynagrodzenia\*:

* Kasa Politechniki Świętokrzyskiej,
* Konto bankowe……………………………………………………………………………………………………….

Ja, niżej podpisany(a), **oświadczam,** **że jestem objęty(a) ubezpieczeniem społecznym** z tytułu:

1 zatrudnienia na umowę o pracę TAK/NIE\*

 ......................................................................................................................................................

 *(dokładna nazwa i adres zakładu pracy)*

 i moje wynagrodzenie brutto jest wyższe/jest niższe\* niż kwota minimalnego wynagrodzenia,

 umowa o pracę zawarta jest na okres próbny/czas określony\* od………………do………………

 na czas nieokreślony od …………………….

- przebywam na urlopie bezpłatnym TAK/NIE\* *(jeśli „tak” proszę podać okres)* ……………………………………….

- przebywam na urlopie wychowawczym TAK/NIE\* *(jeśli „tak” proszę podać okres)* ………………………………….

- przebywam na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim TAK/NIE\* *( jeśli „tak” proszę podać okres)*……………………

2. wykonywania umowy zlecenia u innego zleceniodawcy TAK/NIE\*

 W przypadku udzielenia odpowiedzi TAK oświadczam, że:

- umowa została zawarta na okres od ………...………. do ……..………….

- z tytułu wykonywania tej umowy zlecenia uzyskuję/uzyskam **przychód miesięczny** będący podstawą wymiaru

 składek na ubezpieczenia społeczne w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia brutto TAK/NIE\*

3. członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych TAK/NIE\*

4. wykonywania pracy nakładczej TAK/NIE\*

5. z innego tytułu (określić tytuł)…………………………………………………..

*6. Prowadzę własną działalność gospodarczą TAK/NIE\**

 *Jeżeli odpowiedź brzmi TAK proszę określić wysokość podstawy od której opłacane są składki społeczne i*

 *składka zdrowotna i:*

* *min. 60 % prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia*
* *30% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia ( tzw. „preferencyjne składki ZUS”)*

- zakres prowadzonej działalności gospodarczej pokrywa się / nie pokrywa się\* z zadaniami będącymi

 przedmiotem niniejszej umowy

- prowadzona działalność gospodarcza jest zarejestrowana na terenie państwa………………………………………

- w ramach prowadzonej działalności zatrudniam / nie zatrudniam pracowników\*, zawieram / nie zawieram\*

 umowy zlecenia,

Jestem uczniem/studentem/doktorantem \* (załączam zaświadczenie ze szkoły/ uczelni o posiadaniu statusu ucznia/studenta)

- ukończyłem/am 26 lat TAK/NIE\* .....................................................................................................................................................................................

*(nazwa szkoły/uczelni, poziom/rodzaj studiów, rok studiów,)*

Jestem osobą bezrobotną TAK/NIE\*

Jestem emerytem/rencistą\* TAK/NIE\* - numer legitymacji…………………………………………………………….

Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności TAK/NIE\*

Jeśli wpisano TAK określić orzeczony stopień niepełnosprawności………………………………………………………

Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia ……………………………………………………………………….

Zgodnie z powyższym oświadczeniem *(wybrać i zaznaczyć jedno właściwe):*

□ Posiadam tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalno-rentowych i wnoszę/nie wnoszę\* o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym, chorobowym

□ Nie posiadam tytułu do obowiązkowych ubezpieczeń więc podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalno-rentowym i wnoszę/nie wnoszę\* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym,

**Oświadczam, że powyższe dane podałam(em) zgodnie ze stanem faktycznym a o wszelkich zmianach zobowiązuję się powiadomić w ciągu 7 dni od daty ich zaistnienia. Odpowiedzialność karna skarbowa za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia (w przypadku ich niezgłoszenia) zobowiązuję się pokryć z własnych środków.**

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

 *(data wypełnienia) (czytelny podpis)*