Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik 6a

……
Nazwisko i imię

OŚWIADCZENIE*

1.Pozostaję w stosunku pracy: **tak-nie*** (jeśli tak, należy podać nazwę i adres zakładu pracy).
.....

2.Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu 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 **wyższa/ niższa *** od miesięcznego wynagrodzenia brutto z tytułu umowy zlecenia.

4.Oprócz zawieranej umowy zlecenia **mam /nie mam*** zawartą umowę zlecenia z innym niż Uniwersytet Jagielloński zleceniodawcą, w okresie od..... do.....

5.**Przebywam/ nie przebywam *** na urlopie **macierzyńskim-wychowawczym*** w okresie od..... do.....

6.**Przebywam/ nie przebywam *** na urlopie bezpłatnym w okresie od..... do.....

7.Jestem emerytem, rencistą: **tak-nie*** (jeśli tak, należy przedłożyć kserokopię decyzji ZUS)

8. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej, studentem I lub II stopnia: **tak-nie*** (jeśli tak, należy podać nazwę szkoły/ uczelni wraz z kierunkiem)
.....

9. Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym: **tak-nie****.

10.Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem emerytalno- rentowym: **tak-nie***

Skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub nie poinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia w terminie 3 dni od daty powstania tychże zmian obciążają Zleceniobiorcę

DANE OSOBY ZGŁASZANEJ:

1. PESEL: ……
2. NIP: ... ..……..
3. Nr paszportu i data urodzenia (w przypadku cudzoziemców): ……
4. Imię drugie (jeśli posiada): ……..
5. Nazwisko rodowe (jeśli była dokonywana zmiana nazwiska): ……
6. Obywatelstwo: ……...
7. Kod pocztowy: ……..
8. Miejscowość: ……
9. Gmina: ……
10. Ulica: ……
11. Nr domu/mieszkania: ……..

Oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym. Upoważniam pracownika Działu Spraw Osobowych Uniwersytetu Jagiellońskiego do podpisania druku zgłoszeniowego do ubezpieczeń społecznych/zdrowotnego w moim imieniu.

.....
/data i czytelny podpis zleceniobiorcy/

* *Załącznik nr 10 do Komunikatu DSO z dnia 10.02.2010 r.*
** *niepotrzebne skreślić*