

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 ZDROWOTNEGO¹

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. Przebywam na urlopie **macierzyńskim/rodzicielskim(1)** 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 gospodarczą): **NIP:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ 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)**

☐ 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 **lekim*/umiarkowanym*/znacznym*** stopniu niepełnosprawności
przyznane **od dnia do dnia**

☐ tak ☐ nie 14. Jestem słuchaczem studiów doktoranckich **SZKOŁY DOKTORSKIEJ** (podać nazwę uczelni i nr albumu)
..... ,
otrzymuję stypendium w wysokości:

☐ **co najmniej** minimalnego wynagrodzenia **(1)**

☐ **mniejsze niż** minimalne wynagrodzenie **(2)**

☐ 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 Zielonogóskim:

- ☐ 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 (ZAŁĄCZYĆ 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, zobowiązuje 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 Zielonogóskiego, lub jest pracownikiem Uniwersytetu Zielonogóskiego, 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