

Nazwa lub pieczęć firmy

Nazwisko.....

Imiona.....

Data urodzenia.....

Adres zameldowania

.....

Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż adres zameldowania)

UWAGA: adres zamieszkania jest to adres zgodny z adresem zgłoszonym do Urzędu Skarbowego

.....

Data rozpoczęcia umowy.....

O Ś W I A D C Z E N I E OSOBY WYKONUJĄCEJ UMOWĘ ZLECENIE

Oświadczam, że wg stanu na dzień rozpoczęcia umowy:

1. **jestem/nie jestem*** zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej w innym zakładzie pracy (bez względu na wymiar czasu pracy i osobę pracodawcy):
.....

(podać nazwę zakładu pracy)

i wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto:

- przekracza** lub jest równe minimalnemu wynagrodzeniu ustawowemu**,
 - nie przekracza** kwoty minimalnego wynagrodzenia ustawowego**,
2. **jestem/nie jestem*** jednocześnie ubezpieczony/a w innym zakładzie pracy jako osoba wykonująca pracę nakładczą, agencyjną, **umowę zlecenie** lub inną umowę o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy dotyczące zlecenia zawartej na okres od dnia do dnia,
 3. **prowadzę/nie prowadzę*** działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki na ubezpieczenia społeczne
.....
 4. **posiadam/nie posiadam*** ustalone prawo do emerytury/renty decyzją ZUS z dnia
i pobieram/nie pobieram* z ZUS w/w świadczenie,
 5. **posiadam/nie posiadam*** ustalony stopień niepełnosprawności:
 - lekki stopień niepełnosprawności**,
 - umiarkowany stopień niepełnosprawności**,
 - znaczny stopień niepełnosprawności**,
 6. **jestem/nie jestem*** uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem

.....

(nazwa i adres szkoły/szkoły wyższej, wydział)

7. **ukończyłem/nie ukończyłem 26 lat***

8. **jestem/nie jestem bezrobotny/a***)zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy w i pobieram/nie pobieram zasiłek dla bezrobotnych*,
9. **przebywam/nie przebywam* na urlopie macierzyńskim/wychowawczym*** od dnia do dnia
10. **wnoszę/nie wnoszę** o objęcie mnie **dobrowolnym (nieobowiązkowym)** ubezpieczeniem społecznym

(proszę właściwie zaznaczyć, **tylko** jeśli korzysta się z obowiązkowego ubezpieczenia społecznego z innego tytułu np. umowa o pracę lub podlegająca ubezpieczeniu umowa zlecenie u innego pracodawcy, nie dotyczy uczniów szkoły ponadpodstawowej lub studentów poniżej 26 roku życia)

11. **wnoszę/nie wnoszę*** o objęcie mnie **dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym**.
12. **zgodnie z miejscem zamieszkania jestem zarejestrowany/a w Urzędzie Skarbowym:**

nazwa
urzędu:.....
... w,
ul.....

13. **numer mojego rachunku bankowego** do przekazywania wynagrodzenia:
.....

14. numer dowodu osobistego:
.....

15. oświadczam, że zgodnie z art. 3.1 Ustawy z dnia 13.10.1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników moim identyfikatorem podatkowym jest numer:

PESEL/NIP* : (podać numer PESEL lub NIP).....

15. wyrażam zgodę na przesłanie rocznej informacji o dochodach PIT-11 w formie elektronicznej (plik w formacie pdf z podpisem kwalifikowanym) na adres mojej poczty elektronicznej:

.....@.....
.....

Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia poinformuję Zleceniodawcę w terminie 7 dni od momentu zaistnienia tych zmian.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie w/w danych osobowych w celu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.).

Warszawa, dn..... r.
.....

(podpis)

* *niepotrzebne skreślić*
** *odpowiednie zaznaczyć*

Data powstania obowiązku zgłoszenia (wypełnia zarząd lub osoba upoważniona)