

**OŚWIADCZENIE DO CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH  
DO UMOWY NR.....**

Nazwisko: ..... Imię .....

Miejsce urodzenia: ..... Data urodzenia: .....

Seria i nr dow.osob. .... Nr PESEL.....

**Miejsce zamieszkania:** ..... kod pocztowy .....

Ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....

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

Urząd Skarbowy w ..... ul.....

Nr telefonu zleceniobiorcy :.....

**Dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych oświadczam, że:**

Mam ustalone prawo do emerytury/ renty **TAK / NIE\***

**jeśli tak**, podać od kiedy oraz nr decyzji .....

przyznanej przez ZUS (adres) .....

Posiadam / nie posiadam\* orzeczenie o niepełnosprawności

( jeśli tak, proszę zaznaczyć stopień : lekki / umiarkowany / znaczny )

W dniu zawarcia ww. umowy podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym u innego płatnika składek ( pracodawcy/zleceniodawcy) z tytułu:

**1. umowy o pracę TAK /NIE\***

(**jeśli TAK** podać, czy wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę jest w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia ogłoszonego przez Ministra PiPS **TAK/NIE\***)

Nazwa i adres zakładu pracy.....

( w przypadku zatrudnienia należy dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy o zatrudnieniu i osiągnięciu minimalnego wynagrodzenia).

**2. umowy- zlecenia TAK/NIE\***

(**jeśli TAK** podać, czy wynagrodzenie z tytułu umowy zlecenia jest w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia ogłoszonego przez Ministra PiPS **TAK/NIE\***)

Nazwa i adres zleceniodawcy .....

( w przypadku zatrudnienia należy dołączyć zaświadczenie od zleceniodawcy o zatrudnieniu i wysokości wynagrodzenia).

Czas trwania umowy.....

(do oświadczenia należy dołączyć kopię zgłoszenia ZUS ZUA)

**3. pozarolniczej działalności gospodarczej TAK/ NIE\***

( **jeśli TAK**, określić:

- pozarolnicza działalność gospodarcza **obejmuje/ nie obejmuje** swym zakresem prac zleconych, wynikających z ww umowy-zlecenia,.

- podstawa wymiaru składek z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej wynosi co najmniej 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego TAK/ NIE\*
4. Przebywam/ nie przebywam na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym od.....do.....\*
5. Inny tytuł do ubezpieczeń społecznych TAK/ NIE  
jeśli TAK podać jaki.....

Oświadczam, że jestem uczniem / studentem do 26 roku życia **TAK / NIE\***

Nazwa i adres szkoły.....

Studenci kończący naukę –podać datę złożenia egzaminu dyplomowego<sup>1</sup>.....

(do oświadczenia należy dołączyć kopię ważnej legitymacji szkolnej/ studenckiej ).

7. Składam /nie składam\* wniosku o objęcie mnie na zasadach dobrowolności ubezpieczeniem chorobowym.
8. Składam /nie składam\* wniosku o objęcie mnie na zasadach dobrowolności ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym.

**O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zleceniodawcę zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U.2002 nr 101 poz.926). Wyrażam zgodę by Zleceniodawca jako administrator moich danych osobowych przetwarzał je w celach kadrowo-płacowych.

.....

Data i czytelny podpis zleceniobiorcy

*1-terminem ukończenia studiów jest data złożenia egzaminu dyplomowego; w przypadku kierunków: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego i weterynarii końcem nauki jest dzień złożenia ostatniego wymaganego planem studiów egzaminu, a w przypadku kierunku farmacji-data zaliczenia ostatniej przewidzianej planem studiów praktyki; przez okres od dnia obrony pracy licencjackiej do dnia przyjęcia w poczet studentów na kolejnej uczelni- osoba nie ma statusu studenta w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, tj. podlega w tym okresie obowiązkowym ubezpieczeniom.*

**UWAGA! \*niepotrzebne skreślić**

Głogów, dnia.....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres

.....

**DZIAŁ PŁAC**  
**SM „NADODRZE”**  
w Głogowie

Proszę o przekazywanie mojego wynagrodzenia do banku:

Nazwa banku: .....

nr konta:.....

.....  
(czytelny podpis)

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy**

Ja niżej podpisany.....

(imię i nazwisko)

zamieszkały.....

(adres)

legitymujący się dowodem osobistym/legitymacją szkolną ..... wydanym

przez ..... (seria/numer)

Oświadczam,

iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie prac porządkowo-konserwacyjnych w ramach Programu „Wakacyjna Praca dla Młodych” realizowanego przez Spółdzielnię Mieszkaniową „Nadodrze” w Głogowie.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)

Niniejsze oświadczenie wnioskodawca składa pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego – „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

.....  
(podpis)

**Zgoda na pracę młodocianego dziecka młodocianego dziecka  
w ramach Programu „Wakacyjna Praca dla Młodych”**

Wyrażam zgodę na pracę mojego dziecka/wychowanka

**Dane dziecka:**

Imię	
Nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	
Nr tel. dziecka/wychowanka	

W firmie: Spółdzielnia Mieszkaniowa „Nadodrze” (Al. Wolności 19, 67-200 Głogów) podczas trwania Programu „Wakacyjna Praca dla Młodych” przy pracach konserwacyjno-porządkowych. Praca będzie odbywać się w dni robocze począwszy od dnia ... do dnia ... w godzinach pracy Spółdzielni.

Wynagrodzenie za w/w prace wynosi: 650 zł brutto.

Forma zatrudnienia: umowa zlecenia.

**Dane rodzica/opiekuna prawnego:**

Imię	
Nazwisko	
Nr tel. rodzica/opiekuna	

Głogów, .....

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

Potwierdzam zgodność danych: .....

.....  
podpis pracownika SM „Nadodrze”