Załącznik nr 4.2.

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA STAŻU DLA CELÓW USTALENIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I ZDRWOTNYCH**

1. Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………
2. Data urodzenia…………………………………………………………………..….……………………..
3. Nazwisko rodowe………………………………………………………………………..……….………..
4. Seria i numer dowodu osobistego/paszportu…………………………………….………….…….……...
5. Obywatelstwo……………………………………………………………………….……….…………….
6. Urząd Skarbowy……………………………………………………………………………….…………..
7. Moim identyfikatorem podatkowym jest **PESEL / NIP**\*……………….…………………….…………..
8. Data zawarcia umowy zlecenia z UR/ wyjazdu służbowego\*: **dnia**:………………………………………..

okres trwania stażu: **od dnia** ………………….…………**do** **dnia** …………….…………………………

1. Adres zamieszkania:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kod pocztowy** | **Poczta** | **Miejscowość** | **Ulica** |
|  |  |  |  |
| **Nr domu** | **Numer mieszkania** | **Gmina** | **Powiat** | **Województwo** |
|  |  |  |  |  |

1. Oświadczam, że

□ pozostaję w stosunku pracy\*………………………………………………………………….…………

 nazwa i adres zakładu pracy

 i z tego tytułu jestem objęty/a ubezpieczeniem społecznym.

 □ mam ustalone prawo do: \*

emerytury od dnia ……………………………………nr emerytury………………..………………

renty od dnia ………..………do dnia………………….nr renty……………………………………

 □ lekkim stopniem niepełnosprawności.

 □ umiarkowanym stopniem niepełnosprawności

 □ znacznym stopniem niepełnosprawności

1. Oświadczam, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne z tytułu łączącego mnie z ww. zakładem stosunku pracy **JEST / NIE JEST** niższa od najniższego wynagrodzenia. \*

**(dotyczy osób nie zatrudnionych na etacie w Uniwersytecie Rolniczym).**

Oprócz niniejszej umowy zawarłam / em umowę z innym Zleceniodawcą na kwotę **NIŻSZĄ / WYŻSZĄ** od najniższego wynagrodzenia. \*

1. Oświadczam, że prowadzę własną działalność gospodarczą **TAK/NIE**\*

Oświadczam, że zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej **NIE OBEJMUJE/ OBEJMUJE** przedmiotu umowy\*

1. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem…………………………………………
2. Jestem zarejestrowany jako bezrobotny……………………………………………………………..
3. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia………………………………………..…………………
4. Numer rachunku bankowego (ROR)……………………………………….………………………

 ………………………………

wykonawca

\*niepotrzebne skreślić