Załącznik do umowy nr 2.2

**OŚWIADCZENIE STAŻYSTY DLA CELÓW USTALENIA OBOWIĄZKU**

**UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH**

w ramach Projektu "Program staży dla studentów Wydziału Technologii Żywności
Uniwersytetu Rolniczego w Krakowie"

1. Pozostaję w stosunku pracy: **nie/tak\*** w wymiarze………….etatu w (jeśli tak, należy podać

nazwę i adres zakładu pracy)……………………………………………………………………..

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

4. Oprócz zawieranej umowy o staż **mam/nie mam\*** zawartą umowę zlecenia z innym niż Uniwersytet Rolniczy im. Hugona Kołłątaja w Krakowie zleceniodawcą,

w okresie od…………..............…. do………..............…….. .

Za skutki błędnego oświadczenia lub nie poinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia w terminie 3 dni od daty ich powstania, winę ponosi Stażysta, w tym zobowiązany będzie do pokrycia należnych odsetek od przysługującego wynagrodzenia.

DANE OSOBY ZGŁASZANEJ:

Imię i nazwisko studenta/ki ………...........................……………………………………………...

PESEL ……………………………………..............................………….............................................

NIP ……………....………………………...............................…………..............................................

Obywatelstwo ……………………………...................…………………............................................

Miejscowość, kod pocztowy ……………………………………………............................................

Gmina …………………………………….......................................………..........................................

Ulica, Nr domu/mieszkania ……………………………………………............................................

Oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym.

…………………………. … ……………………………………….
*miejscowość, data czytelny podpis*

*s*\* niepotrzebne skreślić