**OŚWIADCZENIE STAŻYSTY DO CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZENIA ZUS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imiona i Nazwisko Stażysty | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię ojca |  | | | | | | | | | | | | | Imię matki | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia |  | | | | | | | | | | | | | Miejsce urodzenia | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce zamieszkania | Gmina | | | | | |  | | | | | | | PESEL | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| Kod pocztowy | | | | | | \_ \_ - \_ \_ \_ | | | | | | | Miejscowość | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica i numer domu | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon do kontaktu | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Urząd Skarbowy właściwy dla miejsca zamieszkania (Nazwa i adres) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seria i numer dowodu osobistego | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa banku | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer konta bankowego | | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

**OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU**

Niniejszym oświadczam, że:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| W każdej rubryce |  | należy wpisać TAK lub NIE |
| W przypadku zaznaczenia w rubryce | TAK | proszę wypełnić (jeśli dotyczy) kolumnę po prawej |
|  |  |  |
| Uczę się w szkole, za wyjątkiem nauki w szkole dla dorosłych lub w szkole wyższej, gdzie studiuję w formie studiów niestacjonarnych |  |  |
| Jestem zgłoszona do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego) |  |  |
| Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy |  | Nazwa Urzędu Pracy: ……………………………….. |
| Posiadam prawo do zasiłku dla osób bezrobotnych |  | Zasiłek od dnia: …………do dnia:….………… |
| Jestem zatrudniony w innym zakładzie pracy na umowę o pracę/umowę cywilnoprawną/inną umowę\* |  | Proszę dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy  Podać rodzaj umowy: …………………………..…… |
|  | Okres obowiązywania umowy: …………………………………… |
|  | Nazwa zakładu pracy: ……………………..……..…..…  NIP zakładu pracy:……………………………………… |
| W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym / bezpłatnym\* \*niewłaściwe skreślić |  | od dnia: ……………..do dnia:…………………… |
| Prowadzę działalność gospodarczą lub złożyłem wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej. |  | od dnia: …………………….…..……………. |
| Jestem emerytem/rencistą |  | Nr decyzji: ……………………………………………… Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej emeryturę/rentę z uwzględnieniem dat) |
| Jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności |  | Stopień niepełnosprawności: ………………………  Proszę dołączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat) |
| oraz pobieram z tego tytułu świadczenie rentowe |  | od dnia: …………………….…...do dnia…………………………  Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej rentę (z uwzględnieniem dat) |

Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań (podanie nieprawdziwych informacji). O wszystkich zmianach dotyczących informacji objętych niniejszym kwestionariuszem osobowym, w szczególności o zmianie okoliczności mających wpływ na obowiązek odprowadzania składek z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, zobowiązuję się pisemnie powiadomić Organizatora projektu, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany. Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych za brak terminowego powiadomienia Organizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.

Do oświadczenia należy załączyć zaświadczenie ze szkoły potwierdzające, że stażysta w trakcie trwania umowy na staż posiada status ucznia lub kserokopię aktualnej legitymacji szkolnej.

……….…………………………….

Czytelny podpis stażysty

………………….……………………………

Czytelny podpis rodzica lub opiekuna

(wymagany w przypadku, gdy stażysta jest osobą niepełnoletnią)

\*zaznaczyć odpowiednie