Załącznik
do zgłoszenia wstępnej gotowości
do podjęcia czynności z wyznaczenia

# *OŚWIADCZENIE WYZNACZONEGO*

- wszystkie pola tekstowe proszę wypełniać drukowanymi literami

| | |
|---|---|
| NAZWISKO | |
| IMIĘ | |
| PESEL | |
| TELEFON KONTAKTOWY | |

## Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy:

1. **Jestem zatrudniony na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):**

| FORMA ZATRUDNIENIA | WYMIAR CZASU PRACU | NAZWA ZAKLADU PRACY | CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU OKRESLONE. ZGODNIE Z OBOWI.PRZEPISAMI | CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa) |
|---|---|---|---|---|
| | | | Tak □ Nie □ | Tak □ Nie □ |
| | | | Tak □ Nie □ | Tak □ Nie □ |

| | |
|---|---|
| **Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łączne wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określonemu zgodnie z obowiązującymi przepisami** | Tak □ Nie □ |

| | |
|---|---|
| **Prowadzę działalność gospodarczą** | Tak □ Nie □ |
| **Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).** | Tak □ Nie □ |

2. **Mam ustalone prawo do emerytury** Tak □ Nie □

   znak: .....od dnia .....

   **Mam ustalone prawo do renty** /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp. Tak □ Nie □

   znak: .....od ..... do dnia .....

   **Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/** .....

   .....

   **Mam ustalony stopień niepełnosprawności** Tak □ Nie □

   □ 1 stopień □ 2 stopień □ 3 stopień

3. **Jestem studentem, który nie ukończył 26 roku życia** Tak □ Nie □

4. **Jestem osobą bezrobotną** Tak □ Nie □

   Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) .....
   z prawem/bez prawa * do zasiłku dla bezrobotnych.
   * niepotrzebne skreślić

5. **Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników** Tak □ Nie □

   od.....

   Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem .....

6. **Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym / chorobowym** Tak □ Nie □

7. **Wnoszę o wypłatę wynagrodzenia na rachunek bankowy o nr :**

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.
Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Pracodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.
Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Data sporządzenia formularza (DD-MM-RRR)

Podpis Wyznaczonego