**Załącznik nr 3b do Regulaminu: Informacje niezbędne do zgłoszenia w ZUS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Stażystki/Stażysty** |  |
| **PESEL** |  |
| **Obywatelstwo** |  |
| **Dokładny adres zameldowania** |  |
| **Dokładny adres zamieszkania**  *(jeżeli jest inny niż adres zameldowania)* |  |
| **Dokładny adres do korespondencji**  *(jeżeli jest inny niż poprzednie)* |  |
| **Nazwa oddziału NFZ** |  |
|  |  |

**OŚWIADCZENIE 1**

Niniejszym oświadczam, że:

1. Przebywam/nie przebywam\* na urlopie macierzyńskim/dodatkowym macierzyńskim/ rodzicielskim/wychowawczym\*od dnia. . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . .do dnia . . . . . . . . . . .
2. Przebywam/nie przebywam\* na urlopie bezpłatnym w okresie od dnia . . . . . . . . . . . . . do dnia . . . . . . . . . . .
3. Jestem/nie jestem\* emerytem/rencistą\* nr emerytury: . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . .przyznanej od dnia . . . . . . . . . .nr renty: . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . przyznanej od dnia . . . . . . . . . . . . . . . . . do dnia . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
4. Posiadam/nie posiadam\* orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (w przypadku posiadania podać rodzaj stopnia niepełnosprawności) .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . przyznane od dnia . . . . . . . . . do dnia . . . . . . . .
5. Posiadam/nie posiadam\* inny tytuł ubezpieczenia: jako rolnik, wynikający ze stosunku służby jako żołnierz zawodowy lub funkcjonariusz: Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Więziennej, Służby Kontrwywiadu Wojskowego lub Służby Wywiadu Wojskowego, Biura Ochrony Rządu.
6. Oświadczenie wypełniłam/wypełniłem zgodnie z prawdą i jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się w ciągu 7 dni powiadomić na piśmie Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że skutki prawne i finansowe wypełnionego przeze mnie oświadczenia lub nie poinformowanie w ciągu 7 dni o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia społecznego i/lub zdrowotnego obciążają zleceniobiorcę.

…………………………………………………………………….

***data i podpis studenta/studentki***

**OŚWIADCZENIE 2 *(DOTYCZY TYLKO OSÓB ZATRUDNIONYCH NA UMOWĘ O PRACĘ)[[1]](#footnote-1)***

Niniejszym oświadczam, że moje miesięczne zarobki z tytułu umowy o pracę wynoszą powyżej/poniżej[[2]](#footnote-2) minimalnego krajowego wynagrodzenia brutto.

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się w ciągu 7 dni powiadomić na piśmie Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu, pod rygorem skutków prawnych wynikających z zaniechania.

…………………………………………………………………….

***data i podpis studenta/studentki***

**OŚWIADCZENIE 3**

Niniejszym oświadczam, iż:

1. Posiadam ubezpieczenie zdrowotne z tytułu zgłoszenia jako członek rodziny. **\***
2. Posiadam ubezpieczenie zdrowotne z tytułu zgłoszenia do ubezpieczenie zdrowotnego dokonanego przez uczelnię – Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu. **\***
3. Nie posiadam ubezpieczenia zdrowotnego. **\***

…………………………………………………………………….

***data i podpis studenta/studentki***

\*)- niepotrzebne skreślić

1. Jeśli nie dotyczy, proszę o wpisanie NIE DOTYCZY w miejscu podpis [↑](#footnote-ref-1)
2. Proszę zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-2)