.........................................., dnia ..........................

Nazwisko i imię............................................................................................................

Adres ..........................................................................................................................

Data urodzenia .............................................................................................................

PESEL ........................................................................................................................

**Urząd Skarbowy ……………………………………………………………………………..**

**Kontakt (nr Tel, adres e-mail)…………………………………………………….…………**

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY**

**dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych**

**i ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu wykonywania umowy zlecenia**

**zawartej w dniu** ......................... **na okres od** ................. **do** ......................

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że:

1. Jestem zatrudniony na postawie umowy o pracę TAK/NIE\*

w ................................................................................................................................................

 *(dokładna nazwa i adres zakładu pracy)*

1. Wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi: co najmniej minimalne wynagrodzenie/mniej niż minimalne wynagrodzenie\*.

2. Jestem zatrudniony na postawie umowy zlecenia TAK/NIE\*

w ................................................................................................................................................

 *(dokładna nazwa i adres zakładu pracy)*

1. Wynagrodzenie z tytułu umowy zlecenia w kwocie brutto wynosi: co najmniej minimalne wynagrodzenie/mniej niż minimalne wynagrodzenie\*.

1. Umowa zlecenia w innym zakładzie pracy została zawarta na okres

od ………...….. do ……..……..

3. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej/ponadgimnazjalnej/studentem\* i nie ukończyłem/am 26 lat TAK/NIE\* ....................................................................................................................................................

 *(nazwa szkoły/uczelni, rok studiów)*

1. Numer legitymacji szkolnej/studenckiej\*.................................................................................

4. Jestem osobą bezrobotną TAK/NIE\*.

1. Jestem zarejestrowany(a) w Urzędzie Pracy TAK/NIE\*

....................................................................................................................................................

 *(adres Urzędu Pracy)*z prawem/bez prawa\* do zasiłku dla bezrobotnych.

5. Jestem emerytem/rencistą\* TAK/NIE\*

numer legitymacji ......................................................................................................................

Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy:

– Podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i wnoszę/nie wnoszę\* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

– Wnoszę/nie wnoszę\* o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnymi rentowymi.

6. Jestem trenerem/instruktorem\* pływania od dnia ………………… Załączam kserokopię uprawnień.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

O wszelkich zmianach zobowiązuję się poinformować w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany.

 .......................................................

 *(czytelny podpis)*

\* Niepotrzebne skreślić