*Załącznik nr U2 do umowy trójstronnej o realizację stażu*

**OŚWIADCZENIE**

**Ja, niżej podpisany :**

Imię i Nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że:

1. Pozostaję w stosunku pracy: **tak/nie**\* (jeśli tak, należy podać nazwę i adres zakładu pracy).

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

1. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu stosunku pracy jest **niższa/wyższa**\* od minimalnego wynagrodzenia.

1. **Przebywam/nie przebywam\*** na urlopie bezpłatnym w okresie od ................................... do ……..........................

 **Potwierdzenie pracodawcy co do pkt 1-3:**

………………………………………………………………………………………………………………………………..……..………

(data, miejsce, pieczęć, podpis i pieczęć imienna osoby potwierdzającej)

1. Prowadzę działalność gospodarczą od dnia .........................................................................................................................................
2. Oprócz zawieranej umowy zlecenia **mam/nie mam**\* zawartą umowę zlecenia **z innym niż Uniwersytet Jagielloński** zleceniodawcą, w okresie od ............................................................. do .........................................................................
3. **Przebywam/nie przebywam\*** na urlopie **macierzyńskim/wychowawczym**\* w okresie od .......................................... do .........................................................................................
4. Jestem emerytem, rencistą: **tak/nie\***

 **Emeryt\***

**Rencista: renta z tytułu niezdolności do pracy** (podać stopień: ………………………......……………..........) **renta rodzinna; inne**……………………………………………….……\*w okresie od …………………... do ……….…………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Posiadam/nie posiadam\*** orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności ……………………………….. (podać stopień: ……………………………….) w okresie od ………………………….…… do …………………….………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej, studentem studiów I lub II stopnia: **tak/nie**\* (jeśli tak, należy podać nazwę szkoły/uczelni wraz z kierunkiem)

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

1. Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym: **tak/nie**\*.
2. Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem emerytalno- rentowym: **tak/nie\***

Skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub niepoinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia w terminie 3 dni od daty powstania tychże zmian obciążają Zleceniobiorcę.

**DANE OSOBY ZGŁASZANEJ:**

1. PESEL …………………………………………………………………………………………………………………………

2. Nr paszportu i data urodzenia (w przypadku cudzoziemców) ……………………………………..

3. Imię drugie (jeśli posiada) ………………………………………………………………………………………….

4. Nazwisko rodowe (jeśli była dokonywana zmiana nazwiska) ……………………………………..

5. Obywatelstwo ……………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres zameldowania** | **Adres zamieszkania** (jeśli inny od adresu zameldowania) |
| Kod pocztowy | Kod pocztowy |
| Miejscowość | Miejscowość |
| Gmina  | Gmina  |
| Ulica  | Ulica  |
| Nr domu/mieszkania | Nr domu/mieszkania |

**Oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym. Upoważniam pracownika Działu Spraw Osobowych Uniwersytetu Jagiellońskiego do podpisania druku zgłoszeniowego do ubezpieczeń społecznych/zdrowotnego w moim imieniu.**

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

 (data i czytelny podpis Zleceniobiorcy)

\* niepotrzebne skreślić