



## OŚWIADCZENIE STAŻYSTY DLA CELÓW USTALENIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I ZDRWOTNYCH

1. Imię, Nazwisko.....
2. Data urodzenia.....
3. Nazwisko rodowe.....
4. Seria i numer dowodu osobistego/paszportu.....
5. Obywatelstwo.....
6. Urząd Skarbowy (nazwa i adres) .....
7. Moim identyfikatorem podatkowym jest **PESEL / NIP\*** .....
8. Data zawarcia umowy stażowej z UR: **dnia**:....., okres trwania stażu: **od dnia** ..... **do dnia** .....
9. Adres zamieszkania:  
miejsowość i kod pocztowy:.....  
ulica lub miejscowość i nr domu/nr mieszkania: .....
- gmina:..... powiat:.....  
województwo:.....
10. Oświadczam, że **pozostaję / nie pozostaję** w stosunku pracy:  
.....  
(nazwa i adres zakładu pracy)  
i z tego tytułu jestem objęta/y ubezpieczeniem społecznym: **TAK /NIE**
11. Oświadczam, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne z tytułu łączącego mnie z w/w zakładem stosunku pracy **JEST / NIE JEST** niższa od najniższego wynagrodzenia.\*  
(dotyczy osób niezatrudnionych na etacie w Uniwersytecie Rolniczym).
12. Oświadczam, że zawarłam / em Umowę Zlecenie: **TAK / NIE**; Umowę o dzieło: **TAK / NIE**  
data zawarcia....., na okres od ..... do .....,  
na kwotę **NIŻSZĄ / WYŻSZĄ** od najniższego wynagrodzenia.  
Zakres przedmiotu umowy **JEST/NIE JEST** tożsamy z moim kierunkiem studiów i zakresem tematycznym realizowanego stażu.\*
13. Oświadczam, że prowadzę własną działalność gospodarczą: **TAK/NIE\***  
Zakres prowadzonej działalności gospodarczej **OBEJMUJE/ NIE OBEJMUJE** przedmiotu umowy stażowej.\*
14. Jestem zarejestrowana/y jako bezrobotna/y: **TAK/NIE**
15. Oświadczam, że mam ustalone prawo do renty od dnia.....do dnia.....  
nr renty.....  
 z lekkim stopniem niepełnosprawności  
 z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności  
 ze znacznym stopniem niepełnosprawności
16. Jestem studentką /studentem (nazwa uczelni): .....
17. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia (nr i nazwa).....
18. Numer rachunku bankowego (ROR).....

\*niepotrzebne skreślić

.....  
Stażystka/a