



**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