Załącznik
do zgłoszenia wstępnej gotowości
do podjęcia czynności z wyznaczenia

# *OŚWIADCZENIE WYZNACZONEGO*

- wszystkie pola tekstowe proszę wypełniać drukowanymi literami

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NAZWISKO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IMIĘ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TELEFON KONTAKTOWY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy:

1. **Jestem zatrudniony na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):**

| FORMA ZATRUDNIENIA | WYMIAR CZASU PRACU | NAZWA ZAKLADU PRACY | CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU OKRESLONE. ZGODNIE Z OBOWI.PRZEPISAMI | CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa) |
|---|---|---|---|---|
| | | | **Tak □ Nie □** | **Tak □ Nie □** |
| | | | **Tak □ Nie □** | **Tak □ Nie □** |

| | |
|---|---|
| **Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łączne wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określonemu zgodnie z obowiązującymi przepisami** | **Tak □ Nie □** |

| | |
|---|---|
| **Prowadzę działalność gospodarczą** | **Tak □ Nie □** |
| **Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).** | **Tak □ Nie □** |

2. **Mam ustalone prawo do emerytury** **Tak □ Nie □**

   znak: .....od dnia .....

   **Mam ustalone prawo do renty** /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp. **Tak □ Nie □**

   znak: .....od ..... do dnia .....

   **Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/** .....

   .....

   **Mam ustalony stopień niepełnosprawności** **Tak □ Nie □**

   □ 1 stopień □ 2 stopień □ 3 stopień

3. **Jestem studentem, który nie ukończył 26 roku życia** **Tak □ Nie □**

4. **Jestem osobą bezrobotną** **Tak □ Nie □**

   Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) .....
   z prawem/bez prawa * do zasiłku dla bezrobotnych.
   * niepotrzebne skreślić

5. **Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników** **Tak □ Nie □**

   od.....

   Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem .....

6. **Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym / chorobowym** **Tak □ Nie □**

7. **Wnoszę o wypłatę wynagrodzenia na rachunek bankowy o nr :**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.
Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Pracodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.
Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | – | | | – | | | | |

Data sporządzenia formularza (DD-MM-RRR)

**Podpis Wyznaczonego**