Nazwisko ……………………………………………………………………………………………….., Imię ……………………………………………………….……………

PESEL …….………………………………………….…………………………………….

Nr paszportu lub inny dokument w przypadku braku nr PESEL (**dotyczy obcokrajowców**) ………………………………….…….…….…….

Data urodzenia …………………………………………………………., obywatelstwo ……………………………………………………………….…….…………..

Adres zameldowania …………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………..

Kod pocztowy………………….., poczta …………………………………………………………………………….……………..…………

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………………………………………….…………..………......

Kod pocztowy………………….., poczta …………………………………………………………………………..……….……..………….

Numer kontaktowy: ……………………………………………………………, Adres e-mail …………………………………………….……………….…………….

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY DO CELÓW UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO[[1]](#endnote-1)**

|  |
| --- |
| Do umowy nr ………………………………………………..…………………………………………….. zawartej dnia ……………………………….………….  na okres od ……………………………………………. do ………………………………………………….. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KOD WYKONYWANEGO ZAWODU WYNIKAJĄCY Z PRZEDMIOTU ZAWARTEJ UMOWY** |  |  |  |  |  |  |
| 1. Oświadczam, że na terytorium Polski *(proszę zaznaczyć właściwy kwadrat z odpowiedzią)*: | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie |  | Jestem pracownikiem Uniwersytetu Zielonogórskiego. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | tak | |  | | nie | |  | | Jestem zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę (*podać nazwę zakładu pracy*) ………………………………………………………………………………………………………………i z tego tytułu osiągam: | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | | **przychód w wysokości co najmniej** minimalnego wynagrodzenia **(1)** | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | **przychód mniejszy niż** minimalne wynagrodzenie **(2)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie |  | Przebywam na urlopie **wychowawczym** **(2)** od |  | do |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **3.** | Przebywam na urlopie **macierzyńskim/rodzicielskim(1)** od |  | do |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **4.** | Przebywam na urlopie  **bezpłatnym(2)** od |  | do |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak | |  | nie | **5.** | Jestem mianowany/a na stanowisko **Prokuratora\*/Sędziego\* (2).** | |
|  | |  | | | | |
|  | tak | |  | nie | **6.** | Pozostaję w stosunku służby (**Straż Graniczna, Straż Pożarna, Policja, żołnierze zawodowi itp**.) **(1)** | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **7.** | Jestem członkiem **Rady Nadzorczej (2)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **8.** | Jestem **osobą bezrobotną (2)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **9.** | Jestem ubezpieczony/a w **KRUS (2)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **10.** | Prowadzę działalność pozarolniczą (w tym gospodarczą): | NIP: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | opłacam wyłącznie składkę zdrowotną **(2)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | opłacam składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe **na zasadach ogólnych (1)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | opłacam składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe **na zasadach preferencyjnych (2)**  opłacam składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe na zasadach |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **11.** | Jestem emerytem …………………………………………………………………………………………………………….…………., |
|  |  |  |  |  | (adres i Oddział ZUS) |
|  |  |  |  |  | numer emerytury………………………….……………………………………., przyznanej od dnia…………………........ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **12.** | Jestem rencistą …………………………………………………………………………………………….……………………………….. |
|  |  |  |  |  | (adres i Oddział ZUS) |
|  |  |  |  |  | numer renty ……………………………………, przyznanej od dnia…………………....... do dnia ……………..……... |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **13.** | Posiadam orzeczenie o **lekkim\*/umiarkowanym\*/znacznym**\* stopniu niepełnosprawności przyznane **od dnia ……………………………….. do dnia ………………………………….** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **14.** | Jestem słuchaczem studiów doktoranckich **SZKOŁY DOKTORSKIEJ** (podać nazwę uczelni i nr albumu) …………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….………… ,  **otrzymuję stypendium w wysokości:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  | **co najmniej** minimalnego wynagrodzenia **(1)** |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  | **mniejsze niż** minimalne wynagrodzenie **(2)** | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **15.** | Jestem studentem, uczniem (podać nazwę uczelni lub szkoły i nr albumu)………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………… i nie ukończyłem/am 26 roku życia. |
|  |  |  |  |

**Dodatkowe informacje dotyczące zgłoszenia do ubezpieczenia z tytułu zawarcia umowy zlecenia z Uniwersytetem Zielonogórskim:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **16.** | Wnoszę o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowym. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **17.** | Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie | **18.** | Wnoszę o zgłoszenie/wyrejestrowanie członków mojej rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego (ZAŁACZYĆ DRUK ”Oświadczenie w celu zgłoszenia/wyrejestrowania do/z ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny ubezpieczonego”) | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Lp. | Imię i Nazwisko |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

**19.** Przyjmuję do wiadomości, że:

1. umowa zlecenia jest tytułem do objęcia obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi i zdrowotnym;
2. w przypadku zbiegu tytułów do ubezpieczenia, spoczywa na mnie obowiązek przedłożenia dokumentów, z których wynika brak konieczności opłacania składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe;
3. jeżeli w wyniku błędnego wypełnienia przeze mnie niniejszego oświadczenia lub niepoinformowania o zmianach w stosunku do stanu faktycznego, w wyniku czego zostanie dokonane nieprawidłowe zgłoszenie z tytułu niniejszej umowy, **zobowiązuję się do wpłaty** zaległych składek;
4. w przypadku zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych/zdrowotnego z tytułu ww. umowy, jestem zobowiązany(a) do wyrejestrowania się z innych tytułów do ubezpieczenia (poza UZ), takich jak: bycie członkiem rodziny, studentem, doktorantem, zarejestrowanie w Urzędzie Pracy.

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

**O wszelkich zmianach w stosunku do stanu faktycznego wynikającego z oświadczenia, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Uniwersytet Zielonogórski na piśmie.**

**Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | . |
|  | (data wypełnienia) |  | (czytelny podpis Zleceniobiorcy) |

1. **WYPEŁNIA** Zleceniobiorca, który **nie jest** pracownikiem Uniwersytetu Zielonogórskiego, lub **jest** pracownikiem Uniwersytetu Zielonogórskiego, ale przebywa na urlopie **bezpłatnym, wychowawczym lub macierzyńskim**.

   Zleceniobiorca zgłoszony zostanie do ubezpieczenia zdrowotnego (ZZA).

   Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9%

   Zleceniobiorca zgłoszony zostanie do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego (ZUA).

   Składki ubezpieczonego wyniosą 11,26% (ubezp. emerytalne 9,76%, rentowe 1,5%) + 9% ubezpieczenie zdrowotne

   Składki pracodawcy (UZ) wyniosą 19,64% (ubezp. emerytalne 9,76%, rentowe 6,5 %, wypadkowe 0,93%, fundusz pracy 2,45%)

   \* niepotrzebne skreślić

   **UWAGA: PROSZĘ DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE** [↑](#endnote-ref-1)