Załącznik nr 1 do Umowy o staż

……………………………………………………………………… ………………………………………

/nazwisko i imię/ /drugie imię/ /nazwisko rodowe/

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

/adres zameldowania – kod, miejscowość, ulica, nr domu, gmina/

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

/adres zamieszkania – kod, miejscowość, ulica, nr domu, gmina/

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

/tel. kontaktowy/ /województwo/

………………………………………………………………… ....................................................................... /PESEL/ /data urodzenia/

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

/nazwa i adres Urzędu Skarbowego/ /oddział Narodowego Funduszu Zdrowia/

**OŚWIADCZENIE DO UMOWY O STAŻ**

1. **Jestem/nie jestem\*** zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę na czas **nieokreślony/określony**\* od……………….….....do…………….……….\*

2. **Prowadzę/nie prowadzę**\* działalność gospodarczą. Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam / nie opłacam\* składki społeczne w pełnej wysokości.

3. **Jestem/nie jestem**\* rencistą od ………………….…. do …………………………….

Mam ustalone prawo do renty ……………………………………………………….….

(np. rodzinnej, socjalnej, z tytułu niezdolności do pracy)

Wnoszę/nie wnoszę\* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym

4. Przebywam na urlopie **wychowawczym/bezpłatnym**\* od………..…............................do…...............................

5. **Jestem/nie jestem**\* objęty (a) obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym z tytułu umowy zlecenia zawartej z innym podmiotem w okresie:

od ………..…………….…….do…………………….……

od ………..…………….…….do…………………….……

W przypadku zmiany okoliczności, o których mowa w wyżej wymienionych punktach zobowiązuję się do niezwłocznego zawiadomienia o powyższych zmianach w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian. W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek, zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

6. Potwierdzenie zakładu pracy zatrudniającego Stażystę na podstawie umowy o pracę\*\*

………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………..

/data i podpis osoby upoważnionej/

……………………………………………

/data i podpis Stażysty/

\* niepotrzebne skreślić

\*\*potwierdza zakład pracy (dobrowolne)