*Załącznik nr 18 do Regulaminu*

**OŚWIADCZENIE – zgłoszenie do ubezpieczenia**

|  |  |
| --- | --- |
| Ja niżej podpisany/a |  |
|  | *(nazwisko i imię/imiona Uczestnika modułu stażowego w ramach Projektu)* |

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Pozostaję w stosunku pracy **TAK/NIE**[[1]](#footnote-1)
2. Jestem zatrudniony w ……………………………………….. i **osiągam/nie osiągam**1 co najmniej najniższe wynagrodzenie określone na podstawie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę **TAK/NIE1**
3. Jestem rencistą: **TAK/NIE1**

*jeśli* ***TAK****:*

* + renta z tytułu niezdolności do pracy *(podać stopień:* ……………………......…………….....................)
	+ renta rodzinna
	+ inne\* ……………………………………………….……………………………………………………………

 w okresie od …………………... do ……….……………

1. Jestem studentem (uczestnikiem studiów doktoranckich) **TAK/NIE1**.

*Jeśli zaznaczono* ***TAK****: podać nazwę uczelni i nr legitymacji:*

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

1. Prowadzę działalność gospodarczą **TAK/NIE1**

*Jeżeli* ***TAK*** *proszę podać:*

* + nr REGON:………………………………………….
	+ od kiedy prowadzona jest działalność gospodarcza?.................................................
	+ podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej jest **wyższa/ niższa1** od wynagrodzenia określonego na podstawie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

|  |
| --- |
| **DANE OSOBY ZGŁASZANEJ do ubezpieczenia oraz DANE DO UMOWY STAŻOWEJ** |
| Nazwisko |  |
| Imiona |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| PESEL/NIP |  |
| Obywatelstwo |  |
| Nr paszportu *(w przypadku cudzoziemców)* |  |
| Nazwa i adres Urzędu Skarbowego |  |
| Oddział NFZ |  |
| Nr rachunku bankowego |  |
| Bank, w którym prowadzony jest rachunek: |  |
| Imię i nazwisko Właściciela rachunku\*: |  |

\*Jeśli **nie jestem** właścicielem rachunku bankowego, o którym mowa wyżej: upoważniam właściciela rachunku do odebrania w moim imieniu wynagrodzenia

|  |
| --- |
| **Adres zameldowania** |
| Kod pocztowy: |
| Miejscowość: |
| Gmina: |
| Ulica: |
| Nr domu/mieszkania: |
| **Adres zamieszkania** *(jeśli inny od adresu zameldowania)* |
| Kod pocztowy: |
| Miejscowość: |
| Gmina: |
| Ulica:  |
| Nr domu/mieszkania: |
| **Adres do korespondencji** (jeśli inny od adresu zameldowania) |
| Kod pocztowy: |
| Miejscowość: |
| Gmina: |
| Ulica:  |
| Nr domu/mieszkania: |

Zobowiązuję się do poinformowania Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach o wszelkich zmianach w ww. informacjach poprzez niezwłoczne złożenie (do 3 dni od zaistnienia zmiany) do Biura Karier ww. oświadczenia ze zaktualizowanymi informacjami.

Skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub niepoinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia w terminie 3 dni od daty powstania tychże zmian obciążają Uczestnika modułu stażowego w ramach Projektu.

Oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *miejscowość, data* |  | *czytelny podpis Uczestnika modułu stażowego w ramach Projektu* |

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)