

.....  
Nazwisko i imię

## OŚWIADCZENIE

### 1. DANE OSOBOWE:

PESEL .....

Nr paszportu i data urodzenia (w przypadku cudzoziemców) .....

Nazwisko rodowe (jeśli była dokonywana zmiana nazwiska) .....

Obywatelstwo .....

Adres zameldowania	Adres zamieszkania (jeśli inny od adresu zameldowania)
Województwo	Województwo
Powiat	Powiat
Kod pocztowy	Kod pocztowy
Miejscowość	Miejscowość
Gmina	Gmina
Ulica	Ulica
Nr domu/mieszkania	Nr domu/mieszkania

2. Pozostaję w stosunku pracy: **tak/nie\*** (jeśli tak, należy podać nazwę i adres zakładu pracy).  
.....

3. Oprócz zawieranej umowy zlecenia **mam/nie mam\*** zawartą inną umowę zlecenia w okresie od ..... do .....

4. **Odprowadzam/nie odprowadzam** składki na ubezpieczenia społeczne z powyższych tytułów oraz podstawa wymiaru składek jest **niższa/wyższa\*** od minimalnego wynagrodzenia.

5. **Przebywam/nie przebywam\*** na urlopie bezpłatnym w okresie od ..... do .....

6. **Przebywam/nie przebywam\*** na urlopie **macierzyńskim/rodzicielskim/ojcowskim/wychowawczym\*** w okresie od ..... do .....

7. Prowadzę działalność gospodarczą **tak/nie\*** od dnia .....  
z tytułu prowadzonej działalności **odprowadzam/nie odprowadzam\*** składki na ubezpieczenia społeczne.

8. Jestem emerytem **tak/nie\***

9. Jestem rencistą **tak/nie\***  
renta z tytułu niezdolności do pracy, renta rodzinna\*; inna.....w okresie od ..... do .....

10. **Posiadam/nie posiadam\*** orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (podać stopień: .....)  
w okresie od ..... do .....

11. Nazwa Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia (jeśli przynależność jest inna niż wynikająca z adresu zamieszkania) .....

12. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej, studentem studiów I lub II stopnia: **tak/nie\*** (jeśli tak, należy podać nazwę szkoły/uczelni wraz z kierunkiem i datę planowanego ukończenia nauki/studiów)

13. Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym: **tak/nie\***.

14. Proszę o objęcie członków mojej rodziny obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym od dnia

.....

L.p.	Nazwisko	Imię	PESEL	Stopień pokrewieństwa
1.				
2.				
3.				
4.				

L.p.	Adres zamieszkania					Stopień niepełnospraw.
	Ulica	Nr domu	Nr lok.	Kod poczt.	Miejscowość	
1.						
2.						
3.						
4.						

Oświadczam, że zgłaszani przeze mnie członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

.....  
(data i czytelny podpis Zleceniobiorcy)

\*niepotrzebne skreślić

**Oświadczam, że:**

**1.w przypadku zmiany danych zawartych w powyższym formularzu, powiadomię Uniwersytet Mikołaja Kopernika o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego tę zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.**

**2.skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub niepoinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia obciążają Zleceniobiorcę.**

.....  
(data i czytelny podpis Zleceniobiorcy)