OŚWIADCZENIE STAŻYSTY

dla celów ustalenia ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu wykonywania umowy o staż w ramach projektu pn. „Nowa jakość kształcenia zawodowego w ZS im. X. Dunikowskiego oraz PCKZ w Zawierciu"

Dane osobowe

Nazwisko…….. Imiona 1)……..2)……..

Data urodzenia…… Obywatelstwo……

PESEL…….

Adres zamieszkania

Województwo ……Powiat……..Gmina…….

Ulica…….nr domu……nr mieszkania……..

Miejscowość…….kod pocztowy…….poczta……

Adres do korespondencji (gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Województwo ……Powiat……..Gmina…….

Ulica…….nr domu……nr mieszkania……..

Miejscowość…….kod pocztowy…….poczta……

Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia……

Oświadczam, że :

□ Mam ustalone prawo do renty (renta z tytułu niezdolności do pracy, renta rodzinna, renta socjalna):

rodzaj renty …… nr świadczenia……
organ wypłacający……..
adres organu wypłacającego……

□ Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (podać stopień)……

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 Realizatora projektu o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przyjmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

……..
data i czytelny podpis Stażysty

……..
data i czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego*

*wymagany w przypadku, gdy Stażysta jest osobą niepełnoletnią