……
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE STAŻYSTY/PRAKTYKANTA*
do celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu wykonywania umowy o staż/praktykę*

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 …..

Jako stażysta/praktykant* oświadczam, że:

Jestem jednocześnie zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę w …..

…..... lub równorzędnej.

Moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

- ☐ co najmniej minimalne wynagrodzenie,
- ☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie,
- ☐ Jestem jednocześnie już ubezpieczona/y (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba wykonującą umowę zlecenie, agencyjną lub pracę nakładczą[1].

[1]Zakreślić właściwe

Moje wynagrodzenie z tytułu zlecenia w kwocie brutto wynosi:

- ☐ co najmniej minimalne wynagrodzenie,
- ☐ mniej niż minimalne wynagrodzenie,
- ☐ Jestem już ubezpieczona/y (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) z innych tytułów (np. działalność gospodarcza, KRUS)

Proszę podać tytuł ….....

- Mam ustalone prawo do renty

Nr świadczenia …..... organ wypłacający ….....
adres ….....

- 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 prawd ą lub ich zatajenie jest mi znana.

Zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Realizatora o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przyjmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

……..……
*data i podpis Stażysty/Praktykanta**

.....
data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego

* Niepotrzebne skreślić.

** Wymagany w przypadku, gdy Stażysta/Praktykant jest osobą niepełnoletnią.