

Załącznik nr 5 do Umowy

Projekt: **Zintegrowany Program Uczelni – jakość dla rozwoju!**

Program operacyjny: **Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020**

Działanie: **3.5. Kompleksowe programy szkół wyższych**

OŚWIADCZENIE

podatnika do obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych
(Ustawa z dn.28.07.1991 r. Dz .U nr 80 poz.350)
oraz dla celów ubezpieczenia społecznego
(Ustawa z dn. 13.10.1998 r. Dz. U nr 137,poz. 887 z późn. zm.)
oraz dla celów ubezpieczenia zdrowotnego.

NAZWISKO.....

NAZWISKO RODOWE.....

IMIONA 1. 2.....

PESELOBYWATELSTWO

IMIĘ OJCA.....IMIĘ MATKI.....

MIEJSCE URODZENIA.....DATA URODZENIA.....

PASZPORT- SERIA..... NR.....
(w przypadku cudzoziemców)

ADRES ZAMELDOWANIA: MIEJSCOWOŚĆ.....

UL.....NR DOMU.....NR MIESZKANIA.....

KOD POCZTOWYGMINA.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

URZĄD SKARBOWY WUL.....

NAZWA FUNDUSZU ZDROWIA.....

USTALONE PRAWO DO EMERYTURY (RENTY).....

STOPIEŃ NIEPEŁOSPRAWNOŚCI.....

PRYZNANY OD.....DO.....

Prosimy wypełnić TAK lub NIE:

OSIĄGAM DOCHODY RÓWNE lub PRZEKRACZAJĄCE MINIMALNE WYNAGRODZENIE-.....

(tzn. mam co miesiąc opłacane składki ZUS od co najmniej minimalnego wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę na pełnym etacie w innym zakładzie pracy

lub prowadzę działalność pozarolniczą i mam z tego tytułu opłacane składki od pełnej podstawy.....)

Pracuję wyłącznie na umowie zlecenie (zleceniach) w innym zakładzie pracy.....

NIE JESTEM NIGDZIE ZATRUDNIONY I NIE OSIĄGAM DOCHODÓW W WYSOKOŚCI CO NAJMNIJ MINIMALNEGO WYNAGRODZENIA

oraz wnoszę o objęcie mnie dodatkowo dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.....

JESTEM STUDENTEM

(prosimy podać nazwę uczelni, rok studiów i przewidywany termin ich ukończenia)

Zobowiązuję się do informowania o zmianach w danych dot. zgłoszenia do ubezpieczeń

.....
data i podpis składającego oświadczenie.

.....
data i podpis przyjmującego oświadczenie