

....., dnia.....

## OŚWIADCZENIE

**Dane identyfikacyjne osoby niebędącej pracownikiem AWF w Warszawie, wykonującej pracę na rzecz AWF w Warszawie w ramach umowy .....nr.....**

Imiona.....

Nazwisko.....

Nazwisko rodowe.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Obywatelstwo.....

Oddział NFZ.....

Adres zameldowania.....

Adres zamieszkania.....

Adres korespondencyjny.....

Właściwy Urząd Skarbowy.....

Numer rachunku bankowego.....

Oświadczam, że:

1. jestem/nie jestem\*) zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej (bez względu na wymiar czasu pracy ..... (podać, jeżeli jest inny niż pełny) i osobę pracodawcy na okres ..... w:.....  
*(podać nazwę zakładu pracy)*
2. wynagrodzenie ze stosunku pracy jest równe\*) lub wyższe\*) niż najniższe wynagrodzenie,
3. jestem/nie jestem\*) jednocześnie ubezpieczony/a jako osoba wykonująca pracę nakładczą, agencyjną, umowę zlecenie lub inną umowę o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, zawartej na okres od dnia ..... do dnia .....
4. posiadam/ nie posiadam\*) ustalone prawo do emerytury/renty decyzją ZUS z dnia ..... i pobieram z ZUS w/w świadczenie,
5. nie posiadam/posiadam\*) ustalony stopień niepełnosprawności:  
 lekki stopień niepełnosprawności\*\*),  umiarkowany stopień niepełnosprawności\*\*),  
 znaczny stopień niepełnosprawności\*\*),
6. jestem/nie jestem\*) studentem i nie ukończyłem/ ukończyłem\*) 26 lat  
.....  
*(nazwa i adres szkoły wyższej, wydział)*
7. jestem/nie jestem \*) uczestnikiem studiów doktoranckich  
.....  
*(nazwa i adres szkoły wyższej, wydział)*
8. jestem/nie jestem bezrobotny/a\*) zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy  
w .....i nie pobieram/pobieram zasiłek dla bezrobotnych\*),

9. przebywam/nie przebywam\*) na urlopie macierzyńskim/wychowawczym\*) od dnia ..... do dnia .....
10. wnoszę/nie wnoszę\*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym (*proszę właściwie zaznaczyć, jeśli korzysta się z obowiązkowego ubezpieczenia społecznego z innego tytułu*),
11. wnoszę/nie wnoszę \*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

- I. Pracę wykonywać będę w:  w AWF Warszawa  poza AWF Warszawa.
- II. Zobowiązuję się do poinformowania Zleceniodawcy/Zamawiającego o zmianie danych przedstawionych powyżej.
- III. Przedmiot umowy wchodzi w zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej.  
TAK  NIE
- IV. Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia poinformuję Zleceniodawcę w terminie 7 dni od momentu zaistnienia tych zmian.
- V. Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, zgodnie z Art. 233 Kodeksu Karnego.
- V. Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych w celu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.).

.....  
Podpis oświadczającego

\* *niepotrzebne skreślić*

\*\* *odpowiednie zaznaczyć*