|  |  |
| --- | --- |
| Załącznik nr 18 do zarządzenia nr 123 Rektora UJ z 30 grudnia 2016 r.  ………………………………………………………………..  Nazwisko i imię  **OŚWIADCZENIE**   1. Pozostaję w stosunku pracy: **tak/nie**\* (jeśli tak, należy podać nazwę i adres zakładu pracy).   ........................................................................................................................................................................................................................   1. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu stosunku pracy jest **niższa/wyższa**\*  od minimalnego wynagrodzenia. 2. **Przebywam/nie przebywam\*** na urlopie bezpłatnym w okresie od ................................... do ……..........................   **Potwierdzenie pracodawcy co do pkt 1-3:**  ……………………………………………………..……..………  (data, miejsce, pieczątka, podpis i pieczątka imienna osoby potwierdzającej)   1. Prowadzę działalność gospodarczą od dnia .............................................................................................................. 2. Oprócz zawieranej umowy zlecenia **mam/nie mam**\* zawartą umowę zlecenia z innym niż Uniwersytet Jagielloński zleceniodawcą, w okresie od ....................................... do ....................................... 3. **Przebywam/nie przebywam\*** na urlopie **macierzyńskim/wychowawczym**\* w okresie od .......................................... do ..................................................... 4. Jestem emerytem, rencistą: **tak/nie\***   **Emeryt\***  **Rencista: renta z tytułu niezdolności do pracy** (podać stopień: ………………………......……………..........) **renta rodzinna; inne**……………………………………………….……\*w okresie od …………………... do ……….…….   1. **Posiadam/nie posiadam\*** orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności ………………………………………… (podać stopień: ………………………………………...)  w okresie od ……………….………………………….……  do …………………….…………….. 2. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej, studentem I lub II stopnia: **tak/nie**\* (jeśli tak, należy podać nazwę szkoły/uczelni wraz z kierunkiem)   ............................................................................................................................................................................................................................   1. Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym: **tak/nie**\*. 2. Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem emerytalno- rentowym: **tak/nie\***   Skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub nie poinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia w terminie 3 dni od daty powstania tych zmian obciążają Zleceniobiorcę.  **DANE OSOBY ZGŁASZANEJ:**  1. PESEL ………………………………………..  3. Nr paszportu i data urodzenia (w przypadku cudzoziemców) …………………………………..………  4. Imię drugie (jeśli posiada) …………………  5. Nazwisko rodowe (jeśli była dokonywana zmiana nazwiska) …………………….......………………  6. Obywatelstwo ……………………………………... | Attachment no. 18 to Regulation of the Rector of the Jagiellonian University of 30th December 2016  …………………………………………………………  Name and surname  **STATEMENT**  1. I am employed on the basis of a contract of employment: **yes**/**no\*** (if yes, please provide the name and address of the employing institution). ……………………………………………………………………………………………………………………………………  2. The basis of social security contributions payment due to employment relation is **lower**/**higher**\* than the minimum remuneration.  3. I **am**/**am not**\* on unpaid leave within the period from ………………………… to …………………………… .  **Employer’s confirmation as regards points 1-3:**  ………………………………………………………………………  (date, place, stamp, signature and signature-stamp of the confirming person)  4. I conduct business since …………………………………………………………………  5. Apart from the concluded contract of mandate **I have**/**have not\*** concluded a contract of mandate with other Mandator than the Jagiellonian University, for the period from  ………………………to………………………  6. I **am**/**am not**\* on **maternity**/**parental**\*leave within the period from ………… to …………  7. I am a retired person, pensioner: **yes**/**no**\*  **Retired person\***  **Pensioner: disability pension** (provide the degree: …………………………………)  **survivor’s pension;**  **other** ……………………………\* within the period from ………… to ……………  8. I **am**/**am not** a holder of certificate of disability degree issued by the Poviat Disability Assessment Board …………………………… (provide the degree ……………………) within the period from ………………………. to ……………………………… .  9. I am a secondary school student, first or second cycle degree programme student: **yes**/**no\*** (if yes, please provide the name of school/higher education institution together with the name of field of study)    ……………………………………………………………………………………………………………………  10. I request for voluntary coverage by health insurance: **yes**/**no**\*.  11. I request for voluntary coverage by pension insurance: **yes**/**no**\*.  **Legal and financial effects of incorrectly completed statement or failure in informing about all changes which may have impact on the obligation of insurance within 3 day from the day of that changes occurrence, encumber the Mandatory.**  **PERSONAL DATA OF THE NOTIFIED PERSON:**  1. PESEL ……………………………  3. Passport No. and date of birth (applicable to non-Polish nationals) …………………………  4. Second name (if applicable) …..………………  5. Family name (if there was a change of surname) ……………………………………  6. Citizenship ………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres zameldowania/officially registered address** | **Adres zamieszkania/residence address**  (jeśli inny od adresu zameldowania)/(if different than the officially registered address) |
| Kod pocztowy/postal code | Kod pocztowy/postal code |
| Miejscowość/city | Miejscowość/city |
| Gmina/municipality | Gmina/municipality |
| Ulica/street | Ulica/street |
| Nr domu/mieszkania/house and apartment no. | Nr domu/mieszkania/House and apartment no. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym. Upoważniam pracownika Działu Spraw Osobowych Uniwersytetu Jagiellońskiego do podpisania druku zgłoszeniowego do ubezpieczeń społecznych/zdrowotnego w moim imieniu.**  .................................................................. (data i czytelny podpis Zleceniobiorcy)  \* niepotrzebne skreślić | **I hereby declare that the above provided data comply with the facts. I authorize a staff member of the Office of Human Resources of the Jagiellonian University to sign on my behalf a notification form to health/social insurance.**  …………………………………………  (date and legible signature of a Mandatory)  \*delete as applicable |