

Kraków dnia.....

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wymienieni członkowie rodziny nie są zarejestrowani w urzędzie pracy jako osoby bezrobotne lub pobierające stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy, na które zostali skierowani przez podmiot inny niż powiatowy urząd pracy oraz nie są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu.

I.p.	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data i miejsce urodzenia	PESEL	Stopień Niepełnosprawności*	Ubezpieczenie od dnia:

O wszelkich zmianach mających wpływ na powstanie obowiązku ubezpieczenia powiadomię Dział Spraw Osobowych w terminie 5 dni od daty powstania zmian.

.....
(podpis osoby zgłaszającej)

***w przypadku stopnia niepełnosprawności proszę wpisać odpowiednio:**

0 – brak stopnia niepełnosprawności

1 – orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności

2 – orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

3 – orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

4 – orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16. roku życia