Załącznik do umowy nr 2.2

**OŚWIADCZENIE STAŻYSTY**

**DLA CELÓW USTALENIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH**

„Zrównoważony Rozwój Uczelni”

1. Imię, nazwisko .....................................................................................................................................................................
2. Data urodzenia ....................................................................................................................................................................
3. Nazwisko rodowe ...............................................................................................................................................................
4. Seria i numer dowodu osobistego/paszportu ................................................................................................................
5. Obywatelstwo ......................................................................................................................................................................
6. Urząd Skarbowy (nazwa i adres) ......................................................................................................................................
7. Moim identyfikatorem podatkowym jest **PESEL / NIP**\* .........................................................................................
8. Data zawarcia umowy stażowej z UR: **dnia**: ..................................................................................................................

okres trwania stażu: **od dnia** .............................................................. **do** **dnia** ..............................................................

1. Adres zamieszkania:   
   miejscowość i kod pocztowy: ..........................................................................................................................................

ulica lub miejscowość i nr domu/nr mieszkania: .........................................................................................................

gmina: ................................................................................. powiat: ..................................................................................

województwo: ....................................................................................................................................................................

1. Oświadczam, że **pozostaję / nie pozostaję** w stosunku pracy:

............................................................................................................................................................................................... (nazwa i adres zakładu pracy)

i z tego tytułu jestem objęta/y ubezpieczeniem społecznym: **TAK /NIE**

1. Oświadczam, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne z tytułu łączącego mnie   
   z w/w zakładem stosunku pracy **JEST / NIE JEST** niższa od najniższego wynagrodzenia.\*

(dotyczy osób niezatrudnionych na etacie w Uniwersytecie Rolniczym).

1. Oświadczam, że zawarłam / em Umowę Zlecenie: **TAK / NIE;** Umowę o dzieło: **TAK / NIE**

data zawarcia ............................................., na okres od ............................................. do ............................................., na kwotę **NIŻSZĄ / WYŻSZĄ** od najniższego wynagrodzenia.

Zakres przedmiotu umowy **JEST/NIE JEST** tożsamy z moim kierunkiem studiów i zakresem tematycznym realizowanego stażu.\*

1. Oświadczam, że prowadzę własną działalność gospodarczą: **TAK/NIE**\*

Zakres prowadzonej działalności gospodarczej **OBEJMUJE/ NIE OBEJMUJE** przedmiotu umowy stażowej.\*

1. Jestem zarejestrowana/y jako bezrobotna/y: **TAK/NIE**
2. Oświadczam, że mam ustalone prawo do renty od dnia ................................ do dnia ................................   
   nr renty .................................................................................................................................................................................

□ z lekkim stopniem niepełnosprawności

□ z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności

□ ze znacznym stopniem niepełnosprawności

1. Jestem studentką /studentem (nazwa uczelni): ..............................................................................................................
2. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia (nr i nazwa) ...............................................................................................
3. Numer rachunku bankowego (ROR) ..............................................................................................................................

....................................................  
Czytelny podpis Stażysty

\*niepotrzebne skreślić