

**Oświadczenie  
o zatrudnieniu i ubezpieczeniach społecznych**

Ja, niżej podpisany:

Imiona: .....

Nazwisko: .....Nazwisko rodowe .....

Imiona rodziców: .....

Data urodzenia: ..... PESEL: .....

Nr i seria dowodu osobistego:.....

Adres zamieszkania: .....

Urząd Skarbowy: .....

Nr konta bankowego: .....

Jestem zatrudniony na podstawie – należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia np. umowa o pracę, umowa zlecenia, itd.:

| Forma zatrudnienia | Wymiar czasu pracy | Nazwa zakładu pracy | Czy wynagrodzenie wyższe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określone zgodnie z obowiązującymi przepisami | Czy wynagrodzenie objęte obowiązkową składką społeczną (emerytalne rentowe) |
|--------------------|--------------------|---------------------|--|---|
|                    |                    |                     | € Tak<br>€ Nie   | € Tak<br>€ Nie  |
|                    |                    |                     | € Tak<br>€ Nie   | € Tak<br>€ Nie  |
|                    |                    |                     | € Tak<br>€ Nie   | € Tak<br>€ Nie  |
|                    |                    |                     | € Tak<br>€ Nie   | € Tak<br>€ Nie  |

|   |                |
|---|----------------|
| Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określone zgodnie z obowiązującymi przepisami.<br><b>(w 2020 r. kwota 2600 zł)</b> | € Tak<br>€ Nie |
|---|----------------|

|                                  |                |
|----------------------------------|----------------|
| Prowadzę działalność gospodarczą | € Tak<br>€ Nie |
|----------------------------------|----------------|

|  |  |  |
|--|--|--|
| z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości  |  | <input type="checkbox"/> Tak<br><input type="checkbox"/> Nie |
| opłacam składki społeczne na preferencyjnych warunkach   |  | <input type="checkbox"/> Tak<br><input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> nie przebywam na urlopie bezpłatnym   | <input type="checkbox"/> przebywam na urlopie bezpłatnym   |  |
| <input type="checkbox"/> nie przebywam na urlopie wychowawczym   | <input type="checkbox"/> przebywam na urlopie wychowawczym   |  |
| <input type="checkbox"/> Nie jestem uczniem lub studentem i ukończyłem 26 rok życia  | <input type="checkbox"/> jestem uczniem lub studentem i nie ukończyłem 26 roku życia   |  |
| <input type="checkbox"/> podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu innej umowy zlecenia lub współpracy przy prowadzonej działalności i podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za uzyskane w danym miesiącu wynagrodzenie jest równa co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu. | <input type="checkbox"/> nie podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu innej umowy zlecenia lub współpracy przy prowadzonej działalności i podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za uzyskane w danym miesiącu wynagrodzenie jest równa co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu. |  |
| <input type="checkbox"/> Nie mam ustalonego prawa do emerytury, renty  | <input type="checkbox"/> Mam ustalone prawo do emerytury, renty<br>Znak:.....  |  |
| <input type="checkbox"/> Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników   | <input type="checkbox"/> Nie podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników   |  |

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Wnoszę o nie opłacanie składek na ubezpieczenie społeczne wynikające z niniejszej umowy.

Oświadczam, że w przypadku utraty tytułu do ubezpieczenia innego niż niniejsza umowa **niezwłocznie poinformuję** Zleceniodawcę, a **w formie pisemnej w nieprzekraczalnym terminie 3 dni od dnia wystąpienia tych zmian** (m. in. w przypadku pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, wychowawczego, rehabilitacyjnego, zakończenia umowy o pracę itd.)

Do oświadczenia dołączam oryginały dokumentów potwierdzających zatrudnienie – do wglądu przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Opolu.

data sporządzenia oświadczenia:

.....

.....

czytelny podpis Zleceniobiorcy