

**Załącznik nr 1 do umowy o sprawowanie funkcji promotora
w postępowaniu w sprawie nadania stopnia doktora**

**OŚWIADCZENIE
do umowy zlecenia**

nr zawartej dnia

Nazwisko i imię

.....

Data urodzenia

.....

Nr telefonu e-mail

PESEL.....NIP.....

Moim identyfikatorem podatkowym jest **PESEL/NIP***

Obywatelstwo.....Paszport seria i nr.....
(w przypadku braku innego identyfikatora podatkowego)

Jestem: rezydentem (nieograniczony obowiązek podatkowy)/ nierezydentem* (ograniczony obowiązek podatkowy)

Urząd Skarbowy

.....

Adres zamieszkania

MiejscowośćUlica.....

Nr domu/mieszkania

.....

Kod pocztowy Poczta.....

Gmina..... Powiat.....

Województwo.....

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Miejscowość Ulica

Nr domu/mieszkania Kod pocztowy

Poczta

Gmina.....Powiat.....

Województwo.....

Oświadczam, że

1. Jestem zatrudniony/a w oparciu o umowę o pracę u innego pracodawcy:

- TAK, a moje wynagrodzenie ze stosunku pracy wynosi brutto:
 - co najmniej minimalne wynagrodzenie obowiązujące w okresie umowy,
 - mniej niż minimalne wynagrodzenie obowiązujące w okresie umowy
- NIE

2. Wykonuję zawód sędziego/ prokuratora*

- TAK
- NIE

3. Jestem funkcjonariuszem służb mundurowych

- TAK
- NIE

4. Przebywam na urlopie bezpłatnym, macierzyńskim, wychowawczym*

od.....
do.....

5. Jestem wykonawcą umowy zlecenia u innego pracodawcy:

- TAK, umowa została zawarta na okres od
do..... i moje wynagrodzenie stanowiące podstawę
do ubezpieczenia społecznego, w każdym miesiącu wynosi co najmniej minimalne wynagrodzenie
obowiązujące w okresie umowy TAK/NIE*
- NIE

6. Jestem ubezpieczony z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej i opłacam z tego tytułu składki
na ubezpieczenie społeczne ZUS:

- TAK – standardowe/preferencyjne*
- NIE

7. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej/ ponadgimnazjalnej*/ studentem: I stopnia, II stopnia,
jednolitych magisterskich* i nie ukończyłem 26 lat:

- TAK – nr legitymacji
- NIE

8. Jestem emerytem/rencistą*:

☐ TAK

.....
(nr świadczenia, kto wypłaca)

☐ NIE

9. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności:

☐ TAK

.....
(stopień niepełnosprawności)

☐ NIE

10. Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym, rentowym:

☐ TAK

☐ NIE

11. Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym:

☐ TAK

☐ NIE

12. Mój oddział NFZ to
(podać symbol)

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem rzeczywistym i jestem świadomy odpowiedzialności, a o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia zobowiązuję się powiadomić płatnika na piśmie przed terminem wypłaty wynagrodzenia wynikającego z umowy. W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

*niepotrzebne skreślić

