**OŚWIADCZENIE**

podatnika do obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych

(Ustawa z dn.28.07.1991 r. Dz .U nr 80 poz.350)

oraz dla celów ubezpieczenia społecznego

(Ustawa z dn. 13.10.1998 r. Dz. U nr 137,poz. 887 z późn. zm.)

oraz dla celów ubezpieczenia zdrowotnego.

NAZWISKO...........................................................................................................................................................

NAZWISKO RODOWE........................................................................................................................................

IMIONA 1. ........................................................... 2..............................................................................................

PESEL ....................................................................OBYWATELSTWO .............................................................

IMIĘ OJCA.............................................................IMIĘ MATKI..........................................................................

MIEJSCE URODZENIA........................................DATA URODZENIA.............................................................

PASZPORT- SERIA.......................... NR...............................................................................................................

(w przypadku cudzoziemców)

ADRES ZAMELDOWANIA: MIEJSCOWOŚĆ....................................……………………………....................

UL.....................................................NR DOMU...............................NR MIESZKANIA........................................ .

KOD POCZTOWY …………………………..GMINA………………………………………...............................

ADRES ZAMIESZKANIA.......................................................................................................................................

URZĄD SKARBOWY W ...........................................UL........................................................................................

NAZWA FUNDUSZU ZDROWIA...........................................................................................................................

USTALONE PRAWO DO EMERYTURY (RENTY)..............................................................................................

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI......................................................................................................................

PRZYZNANY OD.................................DO...............................................................................................................

Prosimy wypełnić TAK lub NIE, w przypadku zawierania z uczelnią umowy zlecenia:

OSIĄGAM DOCHODY RÓWNE lub PRZEKRACZAJĄCE MINIMALNE WYNAGRODZENIE-....................

(tzn. mam co miesiąc opłacane składki ZUS od co najmniej minimalnego wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę na pełnym etacie w innym zakładzie pracy …………………………………………………………………..

lub prowadzę działalność pozarolniczą i mam z tego tytułu opłacane składki od pełnej podstawy……………….)

Pracuję wyłącznie na umowie zlecenie (zleceniach) w innym zakładzie pracy……………………………………

NIE JESTEM NIGDZIE ZATRUDNIONY I NIE OSIĄGAM DOCHODÓW W WYSOKOŚCI CO NAJMNIEJ MINIMALNEGO WYNAGRODZENIA …………………………………………………………………………

oraz wnoszę o objęcie mnie dodatkowo dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym……………………………

JESTEM STUDENTEM ……………………………………………………………………………………………

(prosimy podać nazwę uczelni, rok studiów i przewidywany termin ich ukończenia)

Zobowiązuję się do informowania o zmianach w danych dot. zgłoszenia do ubezpieczeń (w Kwesturze, pok.3)

.................................................................. ..............................................................................

data i podpis składającego oświadczenie. data i podpis przyjmującego oświadczenie