**Załącznik nr 4**

OŚWIADCZENIE NALEŻY WYPEŁNIĆ DWUSTRONNIE

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY/PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

do umowy nr……………………………….……………..

**DLA CELÓW USTALENIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
Z TYTUŁU WYKONYWANIA UMOWY ZLECENIA**

Obowiązującej na okres od dnia ………………… do dnia …………………………..

nazwisko ................................................imiona .............................................................

miejsce urodzenia ...........................................data urodzenia ........................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DANE DO PIT**

miejsce zamieszkania ............................................................. ul..........................................................nr domu …...... nr lok ........

gmina …………………………………………………. kod pocztowy …………………………..

powiat ...................................................................... województwo .................................................................................................

**urząd skarbowy**, do którego należy zleceniobiorca / wykonawca dzieła ......................................................................

**nr konta osobistego** i nazwa banku …………………………………………………………………………………………….…………

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

**DANE DO ZUS**

1. Ja niżej podpisany(a), **oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniem społecznym** z tytułu zatrudnienia na
podstawie **umowy o pracę** TAK/NIE\* …………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 (Dokładna nazwa i adres zakładu pracy)

I mój przychód z tego tytułu **jest równy lub wyższy** niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę - TAK/NIE

1. **Wykonuję umowę zlecenia u innego zleceniodawcy** TAK/NIE

W PRZYPADKU UDZIELENIA ODPOWIEDZI **TAK** oświadczam, że umowa została zawarta na okres od dnia…………….. do dnia………… Z tytułu wykonywania tej umowy zlecenia uzyskuję /uzyskałam /przychód miesięczny będący podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne (wybrać właściwe):

 w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia brutto;

w wysokości poniżej minimalnego wynagrodzenia brutto w kwocie ……………

1. Prowadzę działalność gospodarczą i z tego tytułu opłacam składki na ubezpieczenia społeczne TAK/NIE\*

Jeśli odpowiedz brzmi TAK proszę określić wysokość podstawy od której opłacane są składki:

 min. 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia;

 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia (tzw. „preferencyjne składki ZUS”)

1. Przebywam:

- na urlopie bezpłatnym TAK/NIE\* (jeśli „tak” proszę podać okres)………………………………………………………………….

- na urlopie wychowawczym TAK/NIE\* (jeśli „tak” proszę podać okres)……………………………………………………………

- na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim TAK/NIE\* (jeśli „tak” proszę podać okres)……………………………………………

1. Jestem uczniem/studentem i nie ukończyłem/am 26 lat TAK/NIE\* (jeśli „tak” proszę dostarczyć zaświadczenie z uczelni).….
2. Jestem osobą bezrobotną TAK/NIE\*
3. Jestem emerytem TAK/NIE\* ……………………………………
4. Jestem rencistą TAK/NIE\* ………………………………………
5. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności TAK/NIE\*

Jeśli odpowiedź brzmi TAK , określić orzeczony stopień niepełnosprawności……………………………………………………

Dodatkowe informacje nie zawarte w ww. informacjach: …………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Przyjmuję do wiadomości, że**:**

1. administratorem moich danych osobowych jest Przedszkole Samorządowe w Działoszycach
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem: przedszkole.dzialoszyce@wp.pl
3. moje dane osobowe przetwarzane będą w celu prawidłowego zgłoszenia do ubezpieczeń w ZUS i naliczenia składek podatku dochodowego od osób fizycznych (Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z 13 grudnia 1998 r., Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych z 26 lipca 1991 r., Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z 25 czerwca 1999 r.) oraz realizacji umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. ,
4. moje dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa,
5. moje dane osobowe przechowywane będą przez okres 15 lat po ustaniu umowy,
6. przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
7. przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących naruszyłoby przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku.,
8. podanie danych osobowych jest dobrowolne jednakże odmowa podania danych skutkuje odmową zawarcia umowy,

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych osób, z którymi zapoznałem się przy wykonywaniu umowy.

**Prawidłowość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Przedszkola Samorządowego w Działoszycach o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.**

Miejscowość..............................................., dnia ............................

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

czytelny podpis wypełniającego oświadczenie

**POUCZENIE**

**Zleceniobiorca przyjmuje do wiadomości, że w przypadku podania nieprawdziwych danych lub nie poinformowania o zmianie swojej sytuacji mającej wpływ na obowiązki Zleceniodawcy w zakresie ubezpieczeń społecznych, będzie zobowiązany do pokrycia poniesionej przez Zleceniodawcę z tego tytułu szkody.**

Miejscowość..............................................., dnia ............................

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

czytelny podpis wypełniającego oświadczenie

Powyższe Oświadczenie zostało sprawdzone pod względem kompletności uzupełnionych informacji o danych identyfikacyjnych oraz zatrudnieniu zleceniobiorcy

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

czytelny podpis pracownika jednostki organizacyjnej, szkoły, przedszkola, przyjmującego oświadczenie

Dodatkowe oświadczenie – dobrowolne:

**Oświadczenie**

W związku z zawartą z Przedszkolem Samorządowym w Działoszycach umową zlecenie, która jest jedynym moim źródłem dochodu i podleganiu z tego tytułu obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym proszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Miejscowość..............................................., dnia ............................

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

czytelny podpis wypełniającego oświadczenie