**Załącznik nr 3**

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: …………………………………………………………………….

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

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 Gminy Działoszyce 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 **Gminą Działoszyce** 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