Nazwisko .....Imiona .....

Imiona rodziców.....Data i miejsce urodzenia .....

[__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__] lub [__!__!__] – [__!__!__] – [__!__] – [__!__]

nr pesel *nr identyfikacji podatkowej NIP*

Miejsce zamieszkania:

ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....

kod pocztowy ..... miejscowość .....

Urząd Skarbowy właściwy dla miejsca zamieszkania .....

Kod oddziału NFZ……

1. Oświadczam , że pozostaję/nie pozostaję* w stosunku pracy z …… i osiągam wynagrodzenie wyższe/niższe/równe* niż minimalne wynagrodzenie w kraju.
2. Oświadczam, że jestem/ nie jestem* zarejestrowany jako bezrobotny/a , pobieram/nie pobieram* zasiłek dla bezrobotnych
3. Oświadczam, że prowadzę/ nie prowadzę* działalności gospodarczej; oświadczam że jestem już ubezpieczony z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej i opłacam składki społeczne ZUS*
4. Oświadczam, że jestem/ nie jestem* emerytem/rencistą.
5. Oświadczam, że jestem/ nie jestem* doktorantem.
6. Oświadczam, że jestem/nie jestem* uczniem szkoły ponadpodstawowej/ studentem i nie ukończyłem 26 lat (rodzaj studiów.....)
7. Przebywam/ nie przebywam* na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim/ wychowawczym* od…….. do……
8. Oświadczam, że jestem/nie jestem* objęty(a) obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym z tytułu umowy zlecenia zawartej w okresie od..... do..... w innym zakładzie niż UO (nazwa zakładu pracy.....)
9. Oświadczam, że jeżeli Uniwersytet Opolski z tytułu błędnego oświadczenia poniesie konsekwencje finansowe, zobowiązuję się do ich pokrycia w pełnej wysokości.
10. Jestem świadom/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych.

……

podpis

RACHUNEK DO UMOWY ZLECENIE NR

dla UNIWERSYTETU OPOLSKIEGO

za wykonanie pracy: świadczenie przez asystenta osoby niepełnosprawnej usług asystenta osoby niepełnosprawnej dla studentów Uniwersytetu Opolskiego z niepełnosprawnością

w kwocie ..... słownie złotych .....

1. Oświadczam, że przychody z tytułu osobistego wykonania niniejszej usługi nie wchodzą w zakres działalności gospodarczej wykonanej na rzecz ludności.
2. Należność płatna przelewem na konto nr..... w .....

…….

(data i podpis wystawcy rachunku)

* niepotrzebne skreślić

Stwierdzam, że świadczenie zostało wykonane zgodnie z ww. umową zlecenie.

……

Kierownik jednostki organizacyjnej

Płatne ze środków: Biuro Osób Niepełnosprawnych

838-01-6120000-40402010000-0000118-8371000-000000