

Nazwisko .....Imiona .....  
Imiona rodziców.....Data i miejsce urodzenia .....  
nr pesel:  
Miejsce zamieszkania:  
ulica ..... nr domu ... ..... nr mieszkania .....  
kod pocztowy .....miejsowość .....

Urząd Skarbowy właściwy dla miejsca zamieszkania .....  
Kod oddziału NFZ.....

1. Oświadczam , że 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  
(czytelnie imię i nazwisko)

**RACHUNEK DO UMOWY O ZLECENIE NR:**

dla **Uniwersytetu Opolskiego, 45-040 Opole, Pl. Kopernika 11 A**  
za **wykonanie pracy: świadczenie usług asystenta dydaktycznego na rzecz studentów z niepełnosprawnościami Uniwersytetu Opolskiego,**

w kwocie \_\_\_\_\_ **zł brutto.** słownie złotych: \_\_\_\_\_

Oświadczam, że przychody z tytułu osobistego wykonania niniejszej usługi nie wchodzą w zakres działalności gospodarczej wykonanej na rzecz ludności:

1. Należność płatna\*: gotówką – przekazem na mój koszt – przelewem na konto nr:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prowadzonego w (pełna nazwa banku): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data i czytelny podpis wystawcy rachunku)

\* niepotrzebne skreślić

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

.....  
(Kierownik jednostki organizacyjnej)

**Nazwa i numer źródła finansowania: [ Dotacja podmiotowa Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych ] [ 837-1-01-0 ]**

Działalność		Jednostka				Rodzaj kosztu						Nr projektu			Źr finansowania			Budżet	
xxx	xx	x	xx	xx	xx	xxx	xx	xx	xx	x	x	xx	xx	xxx	xxx	x	xx	x	xxxxxx
838	02	4	31	00	00	404	02	01	nn	n	n	00	00	008	837	1	01	0	00-412-0

\*jeżeli w module konta nie jest wymagane uzupełnienie należy wpisać odpowiednio zera.