

Wykonawca:

.....

.....

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

.....

.....

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)*

**Oświadczenie zleceniobiorcy do celów ubezpieczeń społecznych
i ubezpieczenia zdrowotnego**

Ja, niżej podpisany/aOświadczam, że (właściwie zaznaczyć znakiem X):

- ☐ Jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę i z tego tytułu osiągam przychód w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie,
- ☐ Mam ustalone prawo do emerytury lub renty i wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem społecznym.
- ☐ Mam ustalone prawo do emerytury lub renty i jednocześnie jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w, i z tego tytułu osiągam przychód w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie,
- ☐ Jestem objęty obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym z tytułu innej umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej, do której stosuje się przepisy o zleceniu, i z tego tytułu osiągam przychód w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie,
- ☐ Jestem ubezpieczony z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej,

Czy zakres wykonywanej usługi prowadzenia doradztwa wchodzi w zakres wykonywanej działalności gospodarczej? TAK / NIE*

- ☐ Jestem ubezpieczony jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą działalność gospodarczą,
- ☐ Jestem uczniem / studentem szkoły
i nie ukończyłem 26. roku życia, i wnoszę / nie wnoszę*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



**Rzeczpospolita
Polska**



**WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



☐ Prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą objętą obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym (podać nazwę firmy)

☐ Przebywam na urlopie macierzyńskim/wychowawczym/bezpłatnym*) w okresie

.....

Wnoszę / nie wnoszę*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

O wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Zleceniodawcę niezwłocznie.

*) *niepotrzebne skreślić*

.....
(miejscowość i data)

Oświadczenie powinno być sporządzone w języku polskim, z zachowaniem postaci elektronicznej i podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub w postaci elektronicznej opartej na podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

