**Załącznik nr 2d do Regulaminu**

**Informacja niezbędne do zgłoszenia w ZUS**

**Nazwisko**

**Imię**

**PESEL**

**Obywatelstwo** . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Dokładny adres zameldowania . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Dokładny adres zamieszkania . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

*(jeżeli jest inny niż adres zameldowania)*

**Dokładny adres do korespondencji . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

*(jeżeli jest inny niż poprzednie)*

**Nazwa oddziału NFZ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**OŚWIADCZENIE 1**

**Niniejszym oświadczam, że:**

1. Przebywam/nie przebywam\* na urlopie macierzyńskim / dodatkowym macierzyńskim / rodzicielskim/wychowawczym\*od dnia. . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . .do dnia . . . . . . . . . . . . .
2. Przebywam/nie przebywam\* na urlopie bezpłatnym w okresie od dnia . . . . . . . . . . . . . do dnia . . . . . . . . . . . . .
3. Jestem/nie jestem\* emerytem/rencistą\* nr emerytury: . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . .przyznanej od dnia . . . . . . . . . .nr renty: . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . przyznanej od dnia . . . . . . . . . . . . . . . . . do dnia . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
4. Posiadam/nie posiadam\* orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (w przypadku posiadania podać rodzaj stopnia niepełnosprawności) .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . przyznane od dnia . . . . . . . . . do dnia . . . . . . . . . . . . . . . . .
5. Posiadam/nie posiadam\* inny tytuł ubezpieczenia: jako rolnik, wynikający ze stosunku służby jako żołnierz zawodowy lub funkcjonariusz: Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Więziennej, Służby Kontrwywiadu Wojskowego lub Służby Wywiadu Wojskowego, Biura Ochrony Rządu.
6. Oświadczenie wypełniłam/wypełniłem zgodnie z prawdą i jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się w ciągu **7 dni** powiadomić na piśmie Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że skutki prawne i finansowe wypełnionego przeze mnie oświadczenia lub nie poinformowanie w ciągu **7 dni** o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia społecznego i/lub zdrowotnego obciążają zleceniobiorcę.

***data i podpis studenta/studentki***

**OŚWIADCZENIE 2**

***( DOTYCZY TYLKO OSÓB ZATRUDNIONYCH NA UMOWĘ O PRACĘ )***

**Niniejszym oświadczam, że moje miesięczne zarobki z tytułu umowy o pracę wynoszą powyżej/ poniżej\* minimalnego krajowego wynagrodzenia brutto.**

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się w ciągu **7 dni** powiadomić na piśmie Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu, pod rygorem skutków prawnych wynikających z zaniechania.

***data i podpis studenta/studentki***

**OŚWIADCZENIE 3**

Niniejszym oświadczam, iż:

1. Posiadam ubezpieczenie zdrowotne z tytułu zgłoszenia jako członek rodziny. **\***
2. Posiadam ubezpieczenie zdrowotne z tytułu zgłoszenia do ubezpieczenie zdrowotnego dokonanego przez uczelnię – Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu. **\***
3. Nie posiadam ubezpieczenia zdrowotnego. **\***

\*)- niepotrzebne skreślić