Załącznik Nr 9 do procedury zatrudniania

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ZLECENIOBIORCY

wszystkie pola tekstowe proszę wypełniać drukowanymi literami

NAZWISKO .....

IMIONA .....

NAZWISKO RODOWE .....

PESEL .....

ADRES ZAMIESZKANIA .....

Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy:

1. **Jestem zatrudniony na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia itp.):**

FORMA ZATRUDNIENIA	WYMIAR CZASU PRACY	NAZWA ZAKŁADU PRACY	CZY WYNAGRODZENIE JEST WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU OKREŚLONEMU ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI	CZY WYNAGRODZENIE JEST OBJĘTE OBOWIĄZKOWA SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa)

	Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łączne wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określonemu zgodnie z obowiązującymi przepisami	**TAK NIE**
	Prowadzę działalność gospodarczą	**TAK NIE**
	Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).	**TAK NIE**
	Zleceniobiorca oświadcza, że objęte umową czynności nie wchodzą w zakres działalności gospodarczej wykonanej na rzecz ludności.	**TAK NIE**
2.	**Mam ustalone prawo do emerytury** znak:	**TAK NIE**
	Mam ustalone prawo do renty /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp. znak: .....od.....do dnia.	**TAK NIE**
	Na podstawie decyzji wydanej przez (nazwa i adres organu emerytalno-rentowego)..... Mam ustalony stopień niepełnosprawności 1 stopień 2 stopień 3 stopień	**TAK NIE**
3.	**Jestem studentem, który nie ukończył 26 roku życia** Wnioskuje / nie wnioskuje o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym (po połowie na koszt Zleceniobiorcy i Zleceniodawcy).	**TAK NIE** TAK NIE
4.	**Jestem osobą bezrobotną** Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) ..... z prawem/bez prawa * do zasiłku dla bezrobotnych. * niepotrzebne skreślić	**TAK NIE**
5.	**Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników** od..... numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem.....	**TAK NIE**
6.	Zleceniobiorca **wnioskuje / nie wnioskuje** o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.	**TAK NIE**

Oświadczam, że w przypadku utraty tytułu do ubezpieczenia innego niż umowa zlecenia zawarta w PWSZ w Elblągu niezwłocznie poinformuję o zmianie sytuacji (m.in. w przypadku pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, wychowawczego, rehabilitacyjnego, zakończenia umowy o prace itd.)

Oświadczam, że zawarte w formularzu dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O każdej zmianie dotyczącej w/w danych zobowiązuję się niezwłocznie (najpóźniej w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany) powiadomić właściwą jednostkę organizacyjną (Dział Osobowy) PWSZ w Elblągu.

Data sporządzenia formularza Podpis Zleceniobiorcy