*Załącznik nr 6 do Ogłoszenia*

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OSOBOWE:** | **POZOSTAŁE DANE:** |
| imię i nazwisko: |  | Nazwa NFZ: |   |
| imię ojca: |  | PESEL: |  |
| imię matki: |  | NIP: |  |
| data urodzenia: |  | tel. |  |
| miejsce urodzenia: |  | e-mail: |  |
| **DANE ZAMIESZKANIA:** | nr konta bankowego: |  |
| ulica: |  | nr domu |  | nr mieszk. |  | **Proszę wskazać Urząd Skarbowy do którego należy przekazać (PIT-11)** |
| kod: |  | miejscowość: |  | ul. nr.: |  |
| poczta: |  | kod : |  |
| gmina: |  | miejscowość: |  |
| powiat: |  | **Główny wykonywany zawód** |
| województwo: |  |  |

 **Oświadczam, że jako zleceniobiorca** (proszę zaznaczyć właściwą kratkę \*)

1. jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie pracy w …………………………………

 jestem pracownikiem zatrudnionym w: …………………………………….………………….……………………………………… (nazwa i adres)

2.Wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

 co najmniej minimalne wynagrodzenie (w roku **2021 – 2.800,00** brutto w skali miesiąca)

 mniej niż minimalne wynagrodzenie,

 Podlegam , nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu,

3. jestem jednocześnie już ubezpieczony jako osoba wykonująca:

 umowę zlecenie lub agencyjną umowę zawartą z innym zleceniodawcą

………………………………………………………………………………………………

(nazwa i adres)

4. jestem emerytem (nr świadczenia i kto wypłaca …………………………………………………

5. jestem rencistą (nr świadczenia i kto wypłaca) ………………………………………………….

6. jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłem 26 lat
…………………………………………………………………………………………………

(nazwa i adres szkoły/uczelni wyższej, wydział)

7. w zakresie wykonywanej umowy nie prowadzę działalności gospodarczej w rozumieniu
 art.10 ust. 1 pkt.3 ustawy z 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.

8. prowadzę działalność gospodarczą od której odprowadzam składki:

 od najniższego wynagrodzenia

 od najwyższego wynagrodzenia

9. W momencie podpisania danej umowy Zleceniobiorca

 chcę nie chce podlegać ubezpieczeniu emerytalnemu lub rentowemu,

 chce nie chce być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

10. Zgadzam się na przechowywanie moich danych osobowych oraz ich przetwarzanie
 i wykorzystanie na potrzeby Ośrodka Doskonalenia Nauczycieli w Słupsku

**Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia poinformuję Zleceniodawcę na piśmie.**

data: ………………………

czytelny podpis zleceniobiorcy:…………………………………