



Powiat Prudnicki



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



A00N/...../2026, data wpływu:.....

OŚWIADCZENIE

W związku z zawartą **umową zlecenie** podaję niżej moje dane osobowe do celów podatkowych i ubezpieczeniowych

DOTYCZY UMOWY NRz dnia

1. Nazwisko:
.....
2. Imię:
.....
3. Adres zamieszkania (z kodem pocztowym):
.....
4. Nr telefonu kontaktowego.....
5. Województwo..... PowiatGmina.....
6. Data urodzenia:
7. PESEL:
8. NIP: (wypełniają osoby prowadzące działalność gospodarczą)
9. Nazwa i adres Urzędu Skarbowego (z kodem pocztowym):
.....
10. Jestem / nie jestem* pracownikiem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Prudniku.
11. Informacja dotycząca zatrudnienia i posiadanych uprawnień w zakresie ubezpieczenia społecznego:
jestem / nie jestem zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę
Nazwa zakładu pracy, adres, etat stałego zatrudnienia
.....

a moje wynagrodzenie w w/w firmie wynosi:

co najmniej minimalne wynagrodzenie **mniej niż** minimalne wynagrodzenie*.

(Wynagrodzenie minimalne ze stosunku pracy w roku 2026 r. wynosi 4.806,00 zł brutto)

12. przebywam / nie przebywam* na urlopie bezpłatnym,
13. przebywam / nie przebywam* na urlopie wychowawczym,
14. przebywam / nie przebywam* na urlopie macierzyńskim (rodzicielskim),
15. podlegam / nie podlegam* obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innej umowy zlecenia, a moje wynagrodzenie z tytułu w/w umów zleceń w sumie wynosi:

co najmniej minimalne wynagrodzenie **mniej niż** minimalne wynagrodzenie*.



Powiat Prudnicki



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



16. prowadzę / nie prowadzę* pozarolniczą działalność gospodarczą
17. mam / nie mam* ustalonego prawa do emerytury lub renty (zaznaczyć właściwe)
(nr świadczenia i kto wypłaca,).....
18. mam / nie mam* wydane orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu (lekkim, umiarkowanym, znacznym)* wydany na czas
19. jestem / nie jestem** uczniem lub studentem i nie ukończyłem 26 lat,
20. wnoszę / nie wnoszę* o objęcie mnie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi,
21. wnoszę / nie wnoszę* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
22. Numer rachunku bankowego, do przekazywania należności z tytułu niniejszej umowy:
-

O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić płatnika na piśmie w terminie 5 dni od dnia wystąpienia tych zmian. W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Miejscowość i data.....

.....

podpis składającego oświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** status ucznia ma osoba do 31 sierpnia roku w którym kończy szkołę. Statusu studenta nie ma osoba która kończy studia I stopnia licencjackie (inżynierskie), a od 1 października rozpoczyna studia uzupełniające. Status studenta osoba ta uzyskuje z dniem rozpoczęcia studiów II stopnia.