

# Oświadczenie Stażysty

## 1. Dane osobowe

Nazwisko..... Imiona 1. .... 2. ....  
Data urodzenia .....  
Nazwisko rodowe ..... Obywatelstwo.....  
PESEL ..... TELEFON:.....

## 2. Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu

Województwo ..... Powiat ..... Gmina .....  
Ulica ..... Nr domu ..... Nr mieszkania .....  
Miejscowość..... Kod pocztowy ..... Poczta .....

## 3. Adres zamieszkania (jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

Województwo ..... Powiat ..... Gmina .....  
Ulica ..... Nr domu ..... Nr mieszkania .....  
Miejscowość..... Kod pocztowy ..... Poczta .....

## 4. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zameldowania i adres zamieszkania)

Województwo ..... Powiat ..... Gmina .....  
Ulica ..... Nr domu ..... Nr mieszkania .....  
Miejscowość..... Kod pocztowy ..... Poczta .....

## 5. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

5.1. Właściwy oddział wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.....

5.2. Jestem: emerytem ☐ tak ☐ nie  
rencistą ☐ tak ☐ nie

5.3. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (niezdolności do pracy, grupy inwalidzkiej)  
☐ tak ☐ nie

Jeśli wybrano TAK, określić orzeczony stopień niepełnosprawności .....  
niezdolności do pracy lub grupy inwalidzkiej.....

## 6. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

6.1. .... (należy wybrać właściwe, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

**Oświadczam, iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu** (właściwe wybrać):

- ☐ Stosunku pracy – jednocześnie osiągam/ nie osiągam z tytułu zawartej umowy/umów o pracę minimalne wynagrodzenie i zobowiązuję się powiadomić o przerwach w zatrudnieniu
- ☐ Członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych
- ☐ Stosunku służby w WP, Policji, UOP, SG, PSW, SW, SC
- ☐ Wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy (zbieg tytułu do ubezpieczeń) zawarta na okres od ..... do ..... w kwocie ..... wypłacanej w miesiącu/cach ..... w wysokości ..... od której są odprowadzane składki emerytalno-rentowe przez innego płatnika .....
- ☐ Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko z tytułu której opłacam składki na ubezpieczenie społeczne ..... - proszę podać kwotę podstawy odprowadzanych składek.....
- ☐ Wykonywania pracy nakładczej
- ☐ Z innego tytułu (określić tytuł .....

**Równocześnie oświadczam, iż podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne emerytalne i rentowe z określonego przeze mnie tytułu w przeliczeniu na okresy miesięczne, w których umowa o staż będzie wykonywana jest .....**  
**od kwoty minimalnego wynagrodzenia (w roku 2023 - 3 490,00 zł brutto).**

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

W przypadku zbiegu do tytułu ubezpieczeń Stażysta zobowiązany jest, w każdym miesiącu przedstawić dokument, z którego wynika, że w czasie trwania umowy o staż zawartej z Powiatem Krakowskim, w okresach miesięcznych składki do wysokości kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę, są opłacane przez innego płatnika.

6.2. .... (wybrać właściwe, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)  
Oświadczam, iż jestem studentem/ucznem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem 26 lat.  
(Dołączyć kserokopię legitymacji studenckiej lub szkolnej).

6.3. .... (wybrać właściwe, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)  
Oświadczam, iż nie jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z żadnego tytułu.

#### 7. Oświadczenie dla powiatowego urzędu pracy

Oświadczam, iż ..... (wybrać właściwe) w rejestrze  
bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w .....

#### 8. Oświadczenie dla celów dobrowolnego ubezpieczenia społecznego/chorobowego

..... (wybrać właściwe) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym/chorobowym.

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

**Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Powiatu Krakowskiego o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu nie dotrzymania powyższego zobowiązania.**

Upoważniam Powiat Krakowski do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy o staż podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia w celu wykonania umowy o staż.

Oświadczam, że jestem świadoma/my, iż podanie przeze mnie powyższych danych jest dobrowolne, jak również jestem świadoma/my o prawie do wycofania niniejszej zgody w dowolnym momencie, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przez jej wycofaniem.

w przypadku Stażysty niepełnoletniego:

.....  
(data i podpis Stażysty)

.....  
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego Stażysty)

Zweryfikowałem poprawność powyższych danych:

.....  
(data i podpis pracownika Szkoły)

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Regionalnego Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020