|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWISKO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IMIĘ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NIP – jeśli prowadzę działalność gospodarczą** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy:** |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMA ZATRUDNIENIA** | **WYMIAR CZASU PRACU** | **NAZWA ZAKLADU PRACY** | **CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU OKREŚLONEMU ZGODNIE** **Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI** | **CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa)** |
|  |  |  | **Tak** □ **Nie** □ | **Tak** □ **Nie** □ |
|  |  |  | **Tak** □ **Nie** □ | **Tak** □ **Nie** □ |
|  |  |  | **Tak** □ **Nie** □ | **Tak** □ **Nie** □ |
|  |  |  | **Tak** □ **Nie** □ | **Tak** □ **Nie** □ |

|  |  |
| --- | --- |
| **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** □ |

1. **Mam ustalone prawo do emerytury** **Tak** □ **Nie** □

znak: …………………………………………………………………………….………….

**Mam ustalone prawo do renty** /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp. **Tak** □ **Nie** □

znak: ………………………………..od ………………………… do dnia ………………………………

**Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/** ….…………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Mam ustalony stopień niepełnosprawności** **Tak** □ **Nie** □

□ 1 stopień □ 2 stopień □ 3 stopień

1. **Jestem studentem, który nie ukończył 26 roku życia Tak** □ **Nie** □
2. **Jestem doktorantem Tak** □ **Nie** □
3. **Jestem osobą bezrobotną** **Tak** □ **Nie** □

Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) .............................................................................................. z prawem/bez prawa \* do zasiłku dla bezrobotnych.

\* *niepotrzebne skreślić*

1. **Przebywam na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim**  **Tak** □ **Nie** □

od.................................................do…………………………………..

1. **Przebywam na urlopie wychowawczym** **Tak** □ **Nie** □

od.................................................do…………………………………..

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu 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 **Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. (Dział Płac ul. Fredry 10 tel: 061 854-60-43, 854-62-14)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **–** |  |  | **–** |  |  |  |  |  |  |
| Data sporządzenia formularza (DD-MM-RRR) |  | **Podpis Zleceniobiorcy**  |

**Dotyczy umowy Nr …………………………..**

1. Imię Nazwisko Zleceniobiorcy

…………………………………………………………………………………………

1. Data urodzenia …………………………………………………………………………..
2. Posiadane wykształcenie

…………………………………………………………………………………………

1. Doświadczenie zawodowe

…………………………………………………………………………………………...

1. Ostatnie miejsce pracy

…………………………………………………………………………………………...