

Załącznik nr 10 do Umowy zlecenie nr ...

Imię i nazwisko..... PESEL.....  
 Adres zamieszkania.....  
 nr tel. kontaktowego.....

**OŚWIADCZENIE**  
**dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych**  
**i ubezpieczenia zdrowotnego**  
**z tytułu wykonywania umowy cywilnoprawnej**  
**numer umowy ..... zawartej na okres od ..... do.....**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Ja, niżej podpisany(a), <b>oświadczam, że jestem objęty(a) ubezpieczeniem społecznym</b> z tytułu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zatrudnienia na umowę o pracę TAK/NIE*<br/>           .....<br/>           ... (nazwa i adres zakładu pracy)<br/>           i moje wynagrodzenie brutto jest wyższe/nizsze* niż kwota minimalnego wynagrodzenia, umowa o pracę zawarta jest na okres próbny/czas określony*<br/>           od..... do..... na czas nieokreślony<br/>           od.....</li> <li>• wykonywania umowy zlecenia u innego zleceniodawcy TAK/NIE*<br/>           W przypadku udzielenia odpowiedzi TAK oświadczam, że:           <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ umowa została zawarta na okres od ..... do .....</li> <li>✓ z tytułu wykonywania tej umowy zlecenia uzyskuję/uzyskam <b>przychód miesięczny</b> będący podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne (wybrać właściwe):               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia brutto</li> <li><input type="checkbox"/> w wysokości poniżej minimalnego wynagrodzenia brutto</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• z ..... innego ..... tytułu (określić tytuł).....</li> </ul> |
| <p>2. Prowadzę własną działalność gospodarczą i z tego tytułu opłacam składki na ubezpieczenie społeczne TAK/NIE*<br/>           Jeżeli odpowiedź brzmi TAK proszę określić wysokość podstawy od której opłacane są składki:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Min. 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia</li> <li><input type="checkbox"/> 30% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia ( tzw. „preferencyjne składki ZUS”)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>3. Przebywam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• na urlopie bezpłatnym TAK/NIE * (jeśli TAK proszę podać okres).....</li> <li>• na urlopie wychowawczym TAK/NIE* (jeśli TAK proszę podać okres).....</li> <li>• na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim TAK/NIE* (jeśli TAK proszę podać okres)...</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

4. Jestem studentem/ucznem\* i nie ukończyłem 26 lat TAK/NIE\*  
więc nie podlegam ubezpieczeniom ZUS (do oświadczenia załączam ksero legitymacji  
studenckiej/zaświadczenie z uczelni o posiadaniu statusu studenta).

5. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności TAK/NIE\*  
Jeśli TAK określić orzeczony stopień  
niepełnosprawności.....

6. Jestem emerytem/rencistą\* TAK/NIE\* (do oświadczenia załączam ksero legitymacji)

*\*Niepotrzebne skreślić*

Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy (wybrać właściwe):

- ☐ Nie posiadam żadnego tytułu do obowiązkowych ubezpieczeń więc z tej umowy  
podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalno-rentowym i wnoszę/nie  
wnoszę\* **o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym,**
- ☐ Posiadam tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalno-rentowych i wnoszę/nie  
wnoszę\*  
**o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami: emerytalnym i rentowym.**

Oświadczam że powyższe dane podałam(em) zgodnie ze stanem faktycznym a o wszelkich zmianach  
zobowiązuję się powiadomić w ciągu 7 dni od daty ich zaistnienia. Odpowiedzialność karna skarbową za  
podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany  
treści oświadczenia(w przypadku ich niezgłoszenia) zobowiązuję się pokryć z własnych środków.

.....  
(data wypełnienia)

.....  
(czytelny podpis)