**Dane przekazywane do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych**

**Niniejsze oświadczenie jest złożone Płatnikowi stażu/praktyki w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **DANE** |  |
|  | **Imię i nazwisko uczestnika projektu** |  |
|  | **Adres zamieszkania** |  |
|  | **Adres zameldowania** |  |
|  | **Narodowy Funduszu Zdrowia** (Oddział) |  |
|  | **PESEL** |  |
|  | **Osoba ucząca się***(zaznaczyć właściwe)* | * NIE * TAK |
|  | **Posiadanie orzeczenie o niepełnosprawności** *(zaznaczyć właściwe)* | * NIE * TAK |
|  | **Stopień niepełnosprawności** Jeśli w pkt. 8 zaznaczono odpowiedź TAK | * Lekki, przyznany na okres……………………………………… * Znaczny, przyznany na okres…………………………… * Umiarkowany, przyznany na okres…………………………… |
|  | **Mam ustalone prawo do renty***(zaznaczyć właściwe)* | * NIE * TAK   Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, należy podać nr świadczenia ………….. |

Oświadczam, że posiadam/nie posiadam[[1]](#footnote-2) status członka rodziny osoby ubezpieczonej.

…………………………………………………………. …………………………………………………………  
Podpis uczestniczki/ka projektu Podpis rodzica/opiekuna prawnego[[2]](#footnote-3)

1. *niepotrzebne skreślić*  [↑](#footnote-ref-2)
2. *W przypadku osoby małoletniej podpisuje rodzic lub opiekun prawny* [↑](#footnote-ref-3)