**OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UBEZPIECZENIA W ZUS**

**DLA OSOBY POBIERAJĄCEJ STYPENDIUM SZKOLENIOWE**

**Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………..….**

**Data urodzenia………………………………………..............................................................**

**PESEL: ……....……….…......….…...**

**Obywatelstwo ..................................**

**Adres zamieszkania ...............................................................................................................................**

**Oddział NFZ: (województwo).………………………………………………………………………...**

**Numer konta bankowego:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Jako osoba pobierająca stypendium oświadczam, że:**

1. **Nie jestem/Jestem**\* jednocześnie zatrudniona/ny na podstawie umowy o pracę, a moje miesięczne wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

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

2. **Nie jestem/Jestem**\* jednocześnie już zgłoszony do ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu wykonywania umowy zlecenia

* wynagrodzenie z tej umowy przekracza/nie przekracza\* minimalnego wynagrodzenia za pracę.

3. **Nie jestem/ Jestem** osobą bezrobotną (zarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy):

* z prawem do zasiłku dla bezrobotnych
* bez prawa do zasiłku dla bezrobotnych

4. **Nie jestem/Jestem**\* emerytem lub rencistą

5. **Nie posiadam/Posiadam**\* orzeczenie o lekkim/umiarkowanym/znacznym\* stopniu niepełnosprawności

..…...……................…………………...... (podpis osoby pobierającej stypendium)