**OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UBEZPIECZENIA W ZUS**

**DLA OSOBY POBIERAJĄCEJ STYPENDIUM STAŻOWE**

**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:

* 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)