

## ZATRUDNIENIE PRACOWNIKA/ZLECENIOBIORCY

|                                                                                                 |                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwisko / Nazwisko rodowe                                                                      |                                                                                                                                               |
| Imiona                                                                                          |                                                                                                                                               |
| Imiona rodziców                                                                                 |                                                                                                                                               |
| Data i miejsce urodzenia                                                                        |                                                                                                                                               |
| PESEL/NIP                                                                                       |                                                                                                                                               |
| Dowód osobisty seria i numer                                                                    |                                                                                                                                               |
| Obywatelstwo                                                                                    |                                                                                                                                               |
| Adres zameldowania – kod, miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, województwo, powiat, gmina |                                                                                                                                               |
| Adres zamieszkania – jak wyżej                                                                  |                                                                                                                                               |
| Urząd Skarbowy                                                                                  |                                                                                                                                               |
| Narodowy Fundusz Zdrowia                                                                        |                                                                                                                                               |
| Prawo do emerytury                                                                              | TAK / NIE*                                                                                                                                    |
| Prawo do renty                                                                                  | TAK / NIE*                                                                                                                                    |
| Orzeczenie o niezdolności do pracy                                                              | TAK / NIE*                                                                                                                                    |
| Stopień niepełnosprawności                                                                      |                                                                                                                                               |
| Uczeń/student do 26 lat                                                                         | TAK / NIE*                                                                                                                                    |
| Równorzędne zatrudnienie?                                                                       | - umowa o pracę TAK / NIE*<br>- umowa zlecenie:<br>ze składką ZUS emerytalno-rentową TAK / NIE*,<br>ze składką ZUS tylko zdrowotną TAK / NIE* |
| Czy osiąga wynagrodzenie minimalne?                                                             | TAK / NIE*                                                                                                                                    |
| REPREZENTANT ZLECENIODAWCY                                                                      | .....                                                                                                                                         |
| <b>1. PRZYJĘTY DO PRACY NA:</b>                                                                 | <b>UMOWA ZLECENIE / UMOWA O DZIEŁO*</b>                                                                                                       |
| - okres umowy                                                                                   |                                                                                                                                               |
| - data wypłaty                                                                                  |                                                                                                                                               |
| - przedmiot umowy                                                                               |                                                                                                                                               |
| - wynagrodzenie                                                                                 | ..... / miesiąc brutto/netto* ..... / godzinę brutto/netto*                                                                                   |
| REPREZENTANT PRACODAWCY                                                                         | .....                                                                                                                                         |
| <b>2. PRZYJĘTY DO PRACY NA:</b>                                                                 | <b>UMOWĘ O PRACĘ na okres próbny / czas określony / czas nieokreślony*</b>                                                                    |
| - okres zatrudnienia                                                                            |                                                                                                                                               |
| - stanowisko/funkcja                                                                            |                                                                                                                                               |
| - miejsce pracy                                                                                 |                                                                                                                                               |
| - wymiar czasu pracy                                                                            |                                                                                                                                               |
| - wynagrodzenie zasadnicze                                                                      | ..... / miesiąc brutto ..... / godzinę brutto                                                                                                 |
| - data wypłaty                                                                                  |                                                                                                                                               |
| - premia / inne składniki                                                                       |                                                                                                                                               |
| - plan pracy (poniedz.-piątek po 8 godz.)                                                       |                                                                                                                                               |

\* niepotrzebne skreślić

**Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia uprzedzę Pracodawcę/Zleceniodawcę na piśmie niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni.**

Za skutki błędnego oświadczenia lub nie poinformowania o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia winę ponosi Pracownik/Zleceniobiorca, w tym zobowiązuje się do pokrycia należnych odsetek z przysługującego wynagrodzenia.

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis Zleceniodawcy/Pracodawcy

.....  
podpis Zleceniobiorcy/ Pracownika