

# Oświadczenie pracownika dla celów podatkowych i ubezpieczeniowych

## DANE PERSONALNE

Nazwisko .....

Imiona .....

Imiona rodziców.....

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....

Nazwisko rodowe.....

Obywatelstwo.....

## DANE INDENTYFIKACYJNE

PESEL.....

NIP.....

Seria i numer dowodu osobistego\*.....

\*należy dołączyć ksero dowodu osobistego potwierdzone przez pracodawcę za zgodność z oryginałem

## DANE ADRESOWE

Miejsce zamieszkania

Województwo.....Miejscowość.....

Powiat..... Gmina.....

Ulica.....Nr domu .....Nr mieszkania.....

Kod pocztowy .....Poczta.....

**Adres Korespondencyjny** –wypełnić, jeśli adres do korespondencji jest inny niż miejsce zamieszkania

Województwo .....Miejscowość.....

Powiat.....Gmina.....

Ulica.....Nr domu.....Nr mieszkania.....

Kod pocztowy.....Poczta.....

## OŚWIADCZENIE PODATKOWE

Oświadczam , że urzędem skarbowym właściwym dla mnie jest

Nazwa i adres urzędu skarbowego .....

# OŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.....

Jestem\*: emerytem /rencistą

\*niepotrzebne skreślić

(Jeśli tak , należy dołączyć do oświadczenia kopię decyzji o przyznaniu emerytury lub renty)

Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności tak  nie

Jeśli zaznaczono Tak , określić orzeczony stopień niepełnosprawności:.....

Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

DOTYCZY /NIE DOTYCZY\* (\*niewłaściwe przekreślić , jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

Oświadczam , iż jestem objęty/a także ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu (właściwe zakreślić znakiem X):

- Stosunku pracy i innego pracodawcy w firmie .....od.....do.....
- Członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych
- Stosunku służby w WP, Policji ,UOP, SG,PSW, SW,S.C.
- Wykonywania umów zlecenia w firmie .....od.....do.....
- Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko
- Wykonywania pracy nakładczej z tytułu.....od.....do.....
- Z innego tytułu (określić tytuł.....)od.....do.....

Upoważniam pracodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń: ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia społecznego zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**Oświadczam , iż wszystkie w/w informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym , a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajanie jest mi znana . Zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Pracodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przyjmuje odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.**

.....  
(data i podpis pracownika)

