**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA**

1. Dane osobowe

Nazwisko .............................. Imię ................................

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

Nazwisko Rodowe ....................... Obywatelstwo ........................ PESEL .................................

2. Adres zamieszkania

Ulica .............................................................. Nr domu ........... Nr Mieszkania ...........

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

Województwo ............................ Powiat ........................ Gmina ..........................

3. Adres do korespondencji\*

Ulica ................................................... Nr domu ............. Nr Mieszkania .........

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

Województwo ............................ Powiat ........................ Gmina ..........................

4. Urząd skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11)

Nazwa i adres ....................................................................................................................................

5. Oświadczenie dla celów ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego

5.1. Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia ..........................

5.2. Jestem: emerytem TAK/NIE\*\*

rencistą TAK/NIE\*\*

5.3. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

TAK/NIE\*\*\*

Jeżeli zaznaczono TAK określić orzeczony stopień niepełnosprawności………………………

*Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.*

*Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Pracodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania. Upoważniam Pracodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.*

.............................................

(podpis pracownika)

\* Wypełnić tylko gdy adres do korespondencji nie jest tożsamy z miejscem zamieszkania.

\*\* Niewłaściwe skreślić.