

.....
Imię i nazwisko, nazwa jednostki merytorycznej (Katedry, Działu) tel. kontaktowy pracownika odpowiedzialnego za dostarczenie kompletnych dokumentów do Sekcji Płac.

OŚWIADCZENIE nr 2 (do umowy zlecenia)

(WYPEŁNIAĆ CZYTELNIIE - DRUKIEM)

Dotyczy:

nr rejestru P z centralnego rejestru umów zlecenia i o dzieło

lub umowy zawartej w dniu

lub umowy nr (nadawany przez jednostkę merytoryczną)

1. Nazwisko: imiona:

2. Data urodzenia:

3. Imię ojca Imię matki

4. **PESEL**

5. **Identyfikator podatkowy** (wypełnić gdy nie jest nim PESEL).....

6. Nr rachunku bankowego na który ma być przekazane wynagrodzenie
.....

7. Adres zamieszkania (do PIT):

kraj:województwo:

powiat: gmina:

miejscowośćul./os.nr domu/lokalu

kod pocztowy poczta tel. kontaktowy

8. Przynależność do NFZ (podać symbol)

9. Urząd skarbowy (nazwa i dokładny adres): Nazwa

Miejscowość ul.nr

10. Moja miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne (emerytalne i rentowe) z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę **na czas nieokreślony/ określony do dnia*** w (nazwa, adres i NIP zakładu pracy)
..... **przekracza**
kwotę 4242 złotych/ wynosi złotych*. W załączeniu przedkładam zaświadczenie z zakładu pracy (załącznik nr 1).

11. Posiadam inny tytuł do ubezpieczeń społecznych (emerytalnego i rentowego) okresie od
..... do jakim jest (nazwa tytułu)

Składki są potrącane i odprowadzane przez (nazwa Płatnika składek społecznych)
....., a miesięczna podstawa wymiaru składek na
ubezpieczenia społeczne (emerytalne i rentowe) z tego tytułu wynosi złotych.
(załącznik nr 2)

12. Przebywam na urlopie: bezpłatnym- **tak/nie***, macierzyńskim **tak/nie***, rodzicielskim
tak/nie* wychowawczym **tak/nie***; w okresie od do.....

13. **Prowadzę/ nie prowadzę*** działalność gospodarczą, z której opłacam składki na
ubezpieczenia społeczne (emerytalne i rentowe), a przedmiot umowy nie jest związany
z tą działalnością.

Korzystam/ nie korzystam* z preferencyjnej formy opłacania składek na ubezpieczenia
społeczne (emerytalne i rentowe) z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej.

Podstawa na ubezpieczenia społeczne (emerytalne i rentowe) w tytułu prowadzenia
działalności gospodarczej wynosi złotych. (załącznik nr 2)

14. Nr emerytury

15. Nr renty stopień niepełnosprawności

16. Jestem studentem: **tak/nie** I stopnia, II stopnia, jednolitych magisterskich* rok
studiów.....; nazwa uczelni.....
data przewidywanego złożenia egzaminu dyplomowego.....
nr legitymacji studenckiej ważna od..... do.....
(w załączeniu ksero ważnej legitymacji studenckiej)

17. Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym: **tak/nie***

18. Zgodnie Ustawą o Pracowniczych Planach Kapitałowych, osoby w wieku od 18 do 55 lat,
których umowa spełnia warunki do przystąpienia do PPK automatycznie zostaną jego
uczestnikami. W przypadku rezygnacji z PPK należy wypełnić Deklarację o rezygnacji
z dokonywanych wpłat do PPK (w załączeniu)

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym
i faktycznym. Jestem świadomy (-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub
za zatajenie prawdy. Upoważniam pracownika Sekcji Płac Uniwersytetu Ekonomicznego w
Krakowie do podpisania druku zgłoszeniowego do ubezpieczeń społecznych/zdrowotnego w
moim imieniu.**

**Skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub nie poinformowanie o
wszelkich zmianach mających wpływ na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne w terminie 3
dni od daty powstania tychże zmian obciążają zleceniobiorcę.**

* Niepotrzebne skreślić

.....
data

.....
podpis Zleceniobiorcy

Niniejszy formularz powinien zostać wypełniony alfabetem łacińskim, pismem komputerowym lub pismem ręcznym – w takim przypadku powinien zostać wypełniony wielkimi / drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim długopisem.

1. DANE OSOBY ZATRUDNIONEJ

Imię (imiona)

Nazwisko

Numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL data urodzenia

Seria i numer dowodu osobistego lub numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osób nieposiadających obywatelstwa polskiego

2. NAZWA PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO**3. OŚWIADCZENIE OSOBY ZATRUDNIONEJ**

Oświadczam, że rezygnuję z dokonywania wpłat do PPK oraz posiadam wiedzę o konsekwencjach złożenia niniejszej deklaracji, w tym:

- 1) nieotrzymania wpłaty powitalnej w wysokości 250 zł, należnej uczestnikom PPK (dotyczy uczestnika PPK, który nie nabył uprawnień do wpłaty powitalnej przed złożeniem deklaracji);
- 2) nieotrzymania dopłat rocznych do PPK w wysokości 240 zł, należnych uczestnikom PPK po spełnieniu warunków określonych w Art. 32 ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. z 2018r., poz. 2215, z późn. zm.);
- 3) nieotrzymania wpłat podstawowych finansowanych przez podmiot zatrudniający w wysokości 1,5 % wynagrodzenia.

Data i podpis Uczestnika PPK.

Data złożenia deklaracji podmiotowi zatrudniającemu.

Podpis osoby przyjmującej deklarację w imieniu podmiotu zatrudniającego.

* Podmiot zatrudniający oznacza:

a) pracodawcę, o którym mowa w Art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, z późn. zm.) – w stosunku do osób zatrudnionych, o których mowa w Art. 2 ust. 1 pkt 18 lit. a ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych,
b) nakładcę – w stosunku do osób zatrudnionych, o których mowa w Art. 2 ust. 1 pkt 18 lit. b ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych,
c) rolnicze spółdzielnie produkcyjne lub spółdzielnie kółek rolniczych – w stosunku do osób zatrudnionych, o których mowa w Art. 2 ust. 1 pkt 18 lit. c ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych,
d) zleceniodawcę – w stosunku do osób zatrudnionych, o których mowa w Art. 2 ust. 1 pkt 18 lit. d ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych,
e) podmiot, w którym działa rada nadzorcza – w stosunku do osób zatrudnionych, o których mowa w Art. 2 ust. 1 pkt 18 lit. e ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych.