

.....  
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 CZYTELNIEM - 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. **Wyrażam zgodę na przesłanie dokumentu PIT i/lub RMUA w formie elektronicznej na adres mailowy: .....**

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

8. Adres zamieszkania (do PIT):

kraj: .....województwo: .....

powiat: ..... gmina: .....

miejsowość .....ul./os. ....nr domu/lokalu .....

kod pocztowy ..... poczta ..... tel. kontaktowy .....

9. Przynależność do NFZ (podać symbol) .....

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

Miejscowość ..... ul. ....nr .....

11. 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 4666 złotych/ wynosi ..... złotych\***. W załączeniu przedkładam zaświadczenie z zakładu pracy (załącznik nr 1).

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

**(załącznik nr 2)**

- tak/nie\*** wychowawczym **tak/nie\***; w okresie od ..... do.....

- z tą działalnością.

społeczne (emerytalne i rentowe) z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej.

działalności gospodarczej wynosi ..... złotych. (załącznik nr 2)

15. Nr emerytury .....

16. Nr renty ..... stopień niepełnosprawności .....

- (w załączeniu ksero ważnej legitymacji studenckiej)

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

- 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 Plac 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.