**Oświadczenie osoby nie będącej pracownikiem UAM**

**Załącznik do umowy nr …………………………… z dnia ………………….**

1. **Dane identyfikacyjne Zleceniobiorcy / Przyjmującego / Autora:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko** | **Imię** | **Pesel** | **Data urodzenia** |
|  |  |  |  |

**Dla celów podatkowych posługuję się numerem NIP: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, gdyż – właściwe podkreślić:**

1. prowadzę działalność gospodarczą (jestem zarejestrowany w ewidencji działalności gospodarczej);
2. jestem zarejestrowany jako podatnik VAT (np. prywatnie sprzedaję nieruchomości);
3. jestem płatnikiem podatków lub składek ZUS – tj. odprowadzam za inne osoby składki ZUS bądź podatek (np. za opiekunkę).

Powyższe dane są niezbędne dla ustalenia właściwego identyfikatora podatkowego – zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy *o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników* (Dz. U. z 2004 Nr 269, poz. 2681 z późn. zm.).

1. **Dane ewidencyjne:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię drugie** | **Nazwisko rodowe** | **Obywatelstwo** | **Płeć** |
|  |  |  | Kobieta / Mężczyzna |

1. **Dane adresowe:**
2. Adres zameldowania na pobyt stały – zgodnie z wpisem w dowodzie osobistym:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj | Województwo | Powiat | |
| Gmina | Ulica / Osiedle | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta | |

1. Adres zamieszkania – zgłoszony do urzędu skarbowego wskazanego poniżej, jeżeli jest inny niż adres zameldowania:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj | Województwo | Powiat | |
| Gmina | Ulica / Osiedle | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta | |

1. Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zameldowania oraz dane do kontaktu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj | Województwo | Powiat | |
| Gmina | Ulica / Osiedle | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta | |
| Tel. kontaktowy | Adres e-mail | | |

1. Urząd Skarbowy właściwy według miejsca zamieszkania – zgodnie z pkt. b) powyżej:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Dane do objęcia ubezpieczeniami z tytułu niniejszej umowy – proszę wybrać właściwy stan faktyczny:**
2. Oświadczam że jestem:

* uczniem szkoły ponadpodstawowej,
* studentem,
* doktorantem,
* emerytem,
* rencistą,
* żadne z powyższych.

1. Oświadczam że:

* osiągam przychody z tytułu:
  + prowadzenia działalności gospodarczej (patrz punkt D.3.),
  + zatrudnienia na umowę o pracę (patrz punkt D.4.),
  + zatrudnienia na umowę zlecenia (patrz punkt D.5.);
* nie osiągam przychodów.

1. Prowadzę własną działalność gospodarczą:

* umowa będzie wykonywana w ramach prowadzonej działalności gospodarczej (art. 15 ust. 3 pkt 3 ustawy *o podatku od towarów i usług*), a zgodnie z art. 41 ust. 2 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. *o podatku dochodowym od osób fizycznych* zaliczkę na podatek odprowadzę samodzielnie;
* umowa będzie wykonywana poza prowadzoną działalnością gospodarczą:
* z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej podlegam obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu od deklarowanej kwoty wyższej niż minimalne wynagrodzenie;
* z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej podlegam obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu od deklarowanej kwoty niższej niż minimalne wynagrodzenie.

1. Jestem zatrudniona (-y) poza UAM w: ……………………………………………………………………………….

(podać nazwę pracodawcy)

na podstawie umowy o pracę w wymiarze ………. etatu oraz osiągam wynagrodzenie brutto w kwocie:

|  |  |
| --- | --- |
| wyższej od minimalnego wynagrodzenia | niższej od minimalnego wynagrodzenia |
| Potwierdzenie Pracodawcy | Potwierdzenie Pracodawcy |

1. Jestem zatrudniona (-y) na umowę zlecenia u innego pracodawcy, a od umów zawartych na okres od dnia ………………. do dnia ………………. odprowadzane są składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne od kwoty miesięcznej:

* niższej niż wynagrodzenie minimalne (obowiązkowe składki na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne);
* wyższej niż wynagrodzenie minimalne (dobrowolne składki na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne).

1. \*Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

* nie posiadam,
* posiadam:
* lekki,
* umiarkowany,
* znaczny.

1. \*Osiągam miesięczne przychody wyższe niż wynagrodzenie minimalne, ale wnoszę o objęcie niniejszej umowy dobrowolnymi składkami na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne.

* tak,
* nie.

1. \*W przypadku podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym wnoszę o objęcie niniejszej umowy dobrowolnymi składkami na ubezpieczenie chorobowe.

* tak,
* nie.

1. Inne: …………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..…………

**Oświadczam, że dane podane powyżej są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy (-ma) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.**

**…………………………………………..………………..**

data i podpis

**W przypadku zmiany jakichkolwiek danych wskazanych powyżej, w szczególności dotyczących:**

**– utraty statusu ucznia, studenta, doktoranta, rencisty,**

**– zamknięcia lub zawieszenia prowadzenia działalności gospodarczej,**

**– nieodprowadzania obowiązkowych składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne w pełnej wysokości (np. z uwagi na okresy chorobowe),**

**– zmiany wymiaru pracy lub wysokości otrzymywanego wynagrodzenia,**

**zobowiązuję się do poinformowania o tym właściwego pracownika Działu Płac i Stypendiów UAM, poprzez ponowne złożenie oświadczenia z dopiskiem „aktualizacja” i podkreśleniem zmienianych danych, niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 3 dni roboczych od daty zaistnienia zmiany danych.**

**W przypadku nie poinformowania w stosownym czasie o zmianie danych, jeżeli brak tych informacji spowoduje konsekwencje finansowe dla Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, zobowiązuję się do ich pokrycia w pełnej wysokości.**

**…………………………………………..………………..**

data i podpis

\* Pola obowiązkowe.