



## OŚWIADCZENIE DO CELÓW PODATKOWYCH

DO UMOWY NR ..... Z DNIA: .....

<b>Nazwisko:</b>		<b>1 Imię:</b>	
<b>2 Imię:</b>		<b>Imię ojca:</b>	
<b>Imię matki:</b>		<b>Data i miejsce urodzenia:</b>	
<b>PESEL:</b>		<b>NIP*:</b>	
<b>MIEJSCE ZAMELDOWANIA</b>		Województwo:	
Powiat:		Gmina:	
Ulica:		Nr domu i mieszkania:	
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Poczta:	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA</b>		Województwo:	
Powiat:		Gmina:	
Ulica:		Nr domu i mieszkania:	
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Poczta:	
<b>URZĄD SKARBOWY</b>		Nazwa:	
Ulica:		Nr domu	
Kod pocztowy:	Miejscowość:		

Powyższe dane są niezbędne dla ustalenia właściwego identyfikatora podatkowego — zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy o zasadach ewidencji

\* **właściwe podkreślić**

\*\***właściwe wpisać**



**OŚWIADCZAM PONADTO, ŻE:**

- jestem zatrudniony/a i z tego tytułu moja **łącna podstawa składek społecznych** w danym miesiącu **wynosi mniej** niż minimalne wynagrodzenie za pracę\*\*,  
- nazwa i adres pracodawcy .....
  
- forma zatrudnienia .....
  
- jestem zatrudniony/a i z tego tytułu moja **łącna podstawa składek społecznych** w danym miesiącu **wynosi co najmniej** tyle ile minimalne wynagrodzenie za pracę\*\*,  
- nazwa i adres pracodawcy .....
  
- forma zatrudnienia .....
  
- (przebywam/nie przebywam)\*** na urlopie bezpłatnym / macierzyńskim / wychowawczym,
- (prowadzę/nie prowadzę)\*** pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej **co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej**,
- (prowadzę/nie prowadzę)\*** pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej **30% minimalnego wynagrodzenia**,
- (jestem/nie jestem)\*** osobą bezrobotną;
- (jestem/nie jestem)\*** uczniem / studentem i nie mam ukończonych 26 lat\*;
- (jestem/nie jestem)\*** uczestnikiem studiów doktoranckich;
- (prowadzę/nie prowadzę)\*** działalność gospodarczą i z tytułu działalności odprowadzam składki na ubezpieczenie społeczne;
- jestem **(emerytem / rencistą)\***, numer świadczenia .....
- legitymuję się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności (jestem niepełnosprawny/a w stopniu .....)\*\*,
- (korzystam/ nie korzystam)\***, że świadczeń Ośrodka Pomocy Społecznej .....
- (jestem/nie jestem)\*** uczestnikiem stażu finansowanym przez PUP\* i kończę go w dniu .....

1.Potwierdzam, że treść niniejszego oświadczenia jest zgodna ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

2.Zobowiązuję się poinformować Powiat Trzebnicko wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia w terminie 3 dni od daty ich powstania, poprzez ponowne złożenie oświadczenia z dopiskiem aktualizacja i podkreśleniem zmienianych danych, pod rygorem ponoszenia odpowiedzialności prawnej i finansowej za niedopełnienie tego obowiązku.

3.W przypadku nie poinformowania w stosownym czasie o zmianie danych, jeżeli brak tych informacji spowoduje konsekwencje finansowe dla Powiatu Trzebnickiego ul. Bochenka 6, 55-100 Trzebnica zobowiązuję się do ich pokrycia w pełnej wysokości.

4.Upoważniam pracownika Powiatu Trzebnickiego do podpisania w moim imieniu dokumentów zgłoszeniowych przekazywanych do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Urzędu Skarbowego.

.....  
Podpis stażysty/stażystki