*Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 01/AF/2019 Powiatowego Lekarza Weterynarii w Lesznie z dnia 2 stycznia 2019 roku*

**INSTRUKCJA SPORZĄDZANIE, OBIEGU I DOKUMENTÓW KSIĘGOWYCH OCHRONY DANYCH I ICH ZBIORÓW**

**Powiatowego Lekarza Weterynarii w Lesznie**

Oświadczenie Zleceniobiorcy

**1. Dane osobowe**

Nazwisko **……………………….**

Imiona 1. **……………………………** 2. ……………………………….

~~Imiona rodziców~~: ……………………………………………………………………………

Data urodzenia …………………………………………….

Miejsce urodzenia ……………………………………………………………..

Nazwisko rodowe……………………………………………………………….

Obywatelstwo …………………………………………………..

PESEL …………………………………………………….. NIP ……………………………………………….

Dowód osobisty ……………………………………………………………………………………………..

E-MAIL: ………………………………………………………………………………………………………..

**2. Adres zamieszkania**

Województwo: ……………………………… Powiat: …………………………………. Gmina ……………………………………….

Ulica ……………………………………………… Nr domu ……………………………….. Nr mieszkania …………………………..

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

**3. Adres do korespondencji** (gdy adres do korespondencji nie jest tożsamy z miejscem zamieszkania )

Województwo: ……………………………… Powiat: …………………………………. Gmina ……………………………………….

Ulica ……………………………………………… Nr domu ……………………………….. Nr mieszkania …………………………..

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

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

Nazwa i adres ………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego**

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

5.2. Jestem: emerytem О tak О nie

 rencistą О tak О nie

5.3. Posiadam orzeczenie o stopniu niesprawności О tak О nie

 Jeśli wpisano TAK, określić orzeczony stopień niepełnosprawności …………………………………………….

**6. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego**

6-1.DOTYCZY/NIE DOTYCZY ( niewłaściwe przekreślić. Jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

Oświadczam, iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu ( właściwe zakreślić znakiem X):

О Stosunku pracy

О Członkowstwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych

О Stosunku służby w WP, Policji, UOP, SG, PSW, SW, S.C.

О Wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy

О Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko

О Wykonywanie pracy nakładczej

О Z innego tytułu ( określić tytuł………………………………………………………………………………………………………)

Równocześnie oświadczam, iż podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne emerytalne i rentowe z określonego przez mnie tytułu w przeliczeniu na okres miesiąca jest …………………………………

 (wpisać odpowiednio: niższa, równa, wyższa )

 od kwoty wynagrodzenia minimalnego.

6-2.DOTYCZY/NIE DOTYCZY ( niewłaściwe przekreślić, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

Oświadczam, iż jestem studentem/uczniem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem 26 lat.

Oświadczenie jest integralną częścią umowy zawartej z Inspekcją Weterynaryjną Powiatowym Lekarzem Weterynarii w Lesznie i wiąże strony w czasie jej obowiązywania.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Zobowiązuję się do poinformowania Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Lesznie w przypadku zmiany w/w danych w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany.

Leszno, dnia ………………………………………….. ………………………………………………………….

 ( własnoręczny podpis )

Nr rachunku bankowego …………………………………………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………….

 ( własnoręczny podpis )