**OŚWIADCZENIE**

**do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego osoby pobierającej stypendium sportowe**

Ja, niżej podpisany (-a) .....................................................................................................................................................

PESEL ................................................. data i miejsce urodzenia ………..………………………........................................

Tel. kontaktowy: ………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

województwo: ………………………………………………. powiat:……………………………………………........................

gmina: ……………………………………………… kod i miejscowość: ………………………………………………………...

ulica: …………………………………………….……………….. numer domu ……….……….. numer lokalu: …………….…

Urząd Skarbowy: …………………………………………………………………………………………………………………….

Oddział NFZ:……………………………….

Numer konta: …………………………………………………………………………………………………………………………

Właściciel konta: ……………………………………………………………………………………………………………………..

**oświadczam, że w terminie pobierania stypendium tj.** od dnia 1.04.2017 r. do 30.09.2017 r.

(podać datę)

* ukończyłem(-am) / nie ukończyłem(-am) 15 lat\*
* Jestem / nie jestem studentem/uczniem w wieku do ukończenia 26 lat\* i podlegam / nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.
* Pobieram / nie pobieram\* stypendium sportowe w innej jednostce, wypłacane przez: ………………………………………………………………………………………………………….….

(podać gdzie i w jakim okresie pobierane jest/ będzie stypendium)

* Jestem / nie jestem\* zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony / określony do dnia\* …………..……………. w ………………………………………………………………………….…………………….....

(nazwa zakładu pracy)

………………………………………. a moje wynagrodzenie: jest równe bądź wyższe / jest niższe\* od kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę w br.

* Wykonuję umowę zlecenie (agencyjną), pracę nakładczą zawartą z innym zleceniodawcą z tytułu której jestem zgłoszony/a do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego: …………………………………..….……………………………………………………………………………………………. (nazwa zleceniodawcy)

w okresie: ………………………………

* Prowadzę / nie prowadzę działalność gospodarczą i opłacam z tego tytułu składki na ubezpieczenia społeczne: tak / nie\*
* Jestem / nie jestem emerytem/rencistą (nr emerytury/renty) …………………………………………………………..
* Posiadam inny tytuł do ubezpieczeń społecznych

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

podać jaki

* Posiadam orzeczenie o znacznym / umiarkowanym / lekkim\* stopniu niepełnosprawności.

Podać okres na jaki ustalono niepełnosprawność:……………………………

-niepotrzebne skreślić

**Powyższe oświadczenie jest zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za zeznawanie nieprawdy lub zatajanie prawdy. Jednocześnie oświadczam, iż o zmianach w stosunku do stanu faktycznego wynikającego z oświadczenia zawiadomię płatnika przed wypłatą stypendium za miesiąc, w którym zaszła zmiana.**

……………………………………………………..

data i podpis stypendysty