**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 1.02.2020 do dnia 30.11.2020

(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