Załącznik do umowy 1.2

**Akademia Polonijna w Częstochowie**

***Polonia University in Czestochowa***

Tel:(48) 34 36 84 200, fax: (48) 34 32 49 662

e-mail : [kadry@ap.edu.pl](mailto:kadry@ap.edu.pl), [www.ap.edu.pl](http://www.ap.edu.pl/)

**Oświadczenie do umowy zlecenie / umowy o pracę na rok 2019.**

**1. Dane osobowe:**

Imię pierwsze Imię drugie

Nazwisko

Imiona rodziców

Data urodzenia : Miejsce urodzenia

Nazwisko rodowe Obywatelstwo

PESEL: NIP:

Nr karty stałego pobytu (dotyczy obcokrajowców)

Seria i nr dowodu osobistego:

Wydany przez:

**2. Adres zamieszkania**

Województwo Powiat

Gmina Ulica

Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy Poczta

**3. Adres do korespondencji, (gdy 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 PIT)**

Nazwa i adres urzędu:

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

**5.1.** Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

**5.2.** Jestem: Emerytem **tak nie**

Rencistą **tak nie**

**5.3.** Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: **tak nie**

Stopień niepełnosprawności

(jeśli zaznaczono ,,**tak**” proszę wpisać stopień niepełnosprawności.)

**6.** Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia społecznego (**proszę przekreślić niewłaściwe**).

**6.1.** **DOTYCZY/NIE DOTYCZY** Oświadczam, iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu (właściwe zaznaczyć znakiem ,,X”)

Stosunku pracy

Członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych

Stosunku służby mundurowej np. Policja, PSP, WP, pozostałe.

Wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy

Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko

Wykonywania pracy nakładczej

Z innego tytułu (proszę określić tytuł)

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

jest od kwoty wynagrodzenia minimalnego

(proszę wpisać odpowiednio: ,,niższa”/,,równa”/,,wyższa”)

**6.2.** **DOTYCZY/NIE DOTYCZY** Oświadczam, iż jestem studentem/uczniem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem 26 lat.

**6.3.** **DOTYCZY/NIE DOTYCZY** Oświadczam, iż nie jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z żadnego tytułu.

**7.** Oświadczenie dla Powiatowego Urzędu Pracy (**proszę przekreślić niewłaściwe**)

Oświadczam, iż **POZOSTAJĘ/NIE POZOSTAJĘ** w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w

**8.** Oświadczenie dla celów dobrowolnego ubezpieczenia społecznego/chorobowego

**WNOSZĘ/NIE WNOSZĘ** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym/chorobowym.

**9.** Oświadczam, że **jestem/nie jestem** zatrudniony na umowę zlecenie

Z tytułu umowy/umów zlecenie odprowadzane są składki na ubezpieczenie

emerytalne rentowe chorobowe

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,  
 a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana. Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy w **terminie 5 dni od dnia wystąpienia** wszelkich zmian dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu (imię i nazwisko)  
 zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywane przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji w **terminie 5 dni o zmianie danych**, które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić Płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne/rentowe) finansowane ze środków Ubezpieczonego i Płatnika oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

# Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuję się w terminie 30 dni od dnia podpisania oświadczenia założyć elektroniczne konto Platformę Usług Elektronicznych (PUE) w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, które umożliwi sprawdzić dane zapisane na koncie w ZUS oraz umożliwi łatwy dostęp do informacji o stanie konta ubezpieczonego i do informacji o wystawionych zwolnieniach lekarskich.

**Informacja dla osoby, której dane dotyczą**:

Akademia Polonijna w Częstochowie z siedzibą przy ul. Pułaskiego 4/6, 42-200 Częstochowa (dalej: AP) informuje, że dane zgromadzone w związku z zawarciem umowy będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji przedmiotowej umowy.

Podanie danych w zakresie wynikającym z dokumentów związanych z zawarciem umowy oraz ujętych w samej umowie jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celu przetwarzania, bez podania danych zawarcie umowy jest niemożliwe. Podstawą przetwarzania danych jest fakt, iż przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań przed jej zawarciem (art. 6 ust. 1 pkt b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych/RODO).

Zgodnie z art. 15-21 oraz art. 77 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do danych, ich sprostowania oraz – w przypadkach przewidzianych przepisami prawa - usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, a także wniesienia skargi do organu nadzorczego. Zgromadzone dane nie będą przedmiotem sprzedaży, ani udostępniania podmiotom trzecim, za wyjątkiem uprawnionych na mocy przepisów prawa, nie będą też przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych, wbrew unormowaniom ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, nie będą w oparciu o nie podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany, nie będą również podlegały profilowaniu.

Dane będą przetwarzane przez AP w okresie trwania umowy, a po tym czasie dla celów archiwalnych, zgodnie z przepisami prawa oraz procedurami AP, jak również dla celów i przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa dla zabezpieczenia ewentualnych roszczeń.

AP wyznaczył osobę nadzorującą obszar przetwarzania danych osobowych, z która można skontaktować się pod adresem: [iodo@ap.edu.pl](mailto:iodo@ap.edu.pl)

Data i podpis Zleceniobiorcy/Pracownika