

Kraków dnia.....

.....  
( Imię i Nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

## **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wymienieni członkowie rodziny nie są zarejestrowani w urzędzie pracy jako osoby bezrobotne lub pobierające stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy, na które zostali skierowani przez podmiot inny niż powiatowy urząd pracy oraz nie są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu.

<b>l.p.</b>	<b>Imię i Nazwisko</b>	<b>Stopień pokrewieństwa</b>	<b>Data i miejsce urodzenia</b>	<b>PESEL</b>	<b>Stopień Niepełnosprawności*</b>	<b>Ubezpieczenie od dnia:</b>

**O wszelkich zmianach mających wpływ na powstanie obowiązku ubezpieczenia powiadomię Dział Spraw Osobowych w terminie 5 dni od daty powstania zmian.**

.....  
(podpis osoby zgłaszającej)

**\*w przypadku stopnia niepełnosprawności proszę wpisać odpowiednio:**

0 – brak stopnia niepełnosprawności

1 – orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności

2 – orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

3 – orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

4 – orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16. roku życia