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

1. **OŚWIADCZENIE DLA CELÓW PODATKOWYCH, UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO OSOBY POBIERAJĄCEJ STYPENDIUM SPORTOWE**

**I. Dane podstawowe stypendysty:**

Nazwisko i imiona ........................................................................................................………………………....................

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

Data i miejsce urodzenia ...................................................................................................………………………..............

Imiona Rodziców ...............................................................................................................………………………..............

**adres zameldowania (pobyt stały)** ...................................................................................……………………….............

kod pocztowy ………….………….. miejscowość ……………………………...………………………………….………

ulica ……………………...………………………… nr domu/nr mieszkania ………………………………..…………....

Gmina …...................…........... Powiat ….................……........... województwo …..................…………………...….......

**adres zamieszkania:**

kod pocztowy ………….………….. miejscowość ……………………………...………………………………….………

ulica ……………………...………………………… nr domu/nr mieszkania ………………………………..…………....

Gmina …...................…........... Powiat ….................……........... województwo …..................…………………...….......

**\* Identyfikator podatkowy** ...............................…..................................................……………………….......................

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

**Do rozliczeń z Urzędem Skarbowym posługuję się adresem zameldowania/zamieszkania\*\***

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia ...............................................………………………...........…..........................

**II. Dane uzupełniające – sytuacja ubezpieczeniowa stypendysty:**

1. Jestem zatrudniony na podstawie – należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Forma zatrudnienia | Wymiar czasu pracy | Nazwa Zakładu Pracy | Wynagrodzenie jest objęte obowiązkową składka na ubezpieczenia społeczne (emerytalne i rentowe) |
|  |  |  | TAK NIE |
|  |  |  | TAK NIE |
|  |  |  | TAK NIE |
|  |  |  | TAK NIE |
|  |  |  | TAK NIE |
| Prowadzę działalność gospodarczą | | | TAK NIE |
| Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości /opłacam składki społeczne na preferencyjnych warunkach | | | TAK NIE |

1. **Mam ustalone prawo do emerytury:**  TAK / NIE\*\*

znak: …………………………………………………………………

Mam ustalone prawo do renty (z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej, itp.) TAK / NIE\*\*

znak: ……………………………………………………………..…..

od dnia ………………………. do dnia ……………………………..

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności: TAK / NIE\*\*

w stopniu lekkim/ w stopniu umiarkowanym /w stopniu znacznym\*\*

1. **Jestem/nie jestem\*\* studentem lub uczniem,** nr legitymacji ........................................................

nazwa uczelni ........................................................... rok studiów ....................................................

(zaświadczenie ze szkoły lub uczelni)

1. **Jestem/nie jestem\*\* osobą bezrobotną:**

Jeśli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) …...……………….………

z prawem/bez prawa\*\* do zasiłku dla bezrobotnych

1. **Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników:**  TAK / NIE\*\*

od dnia …………………………………………………..……….…

Numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem ………………………………………………………....

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

**Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Urzędu Miejskiego w Cieszynie o jakichkolwiek zmianach dotyczących niniejszego oświadczenia w terminie 7 dni od daty ich wystąpienia.**

Jestem świadoma(-my) odpowiedzialności finansowej i karnej za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zobowiązuję się do poniesienia konsekwencji finansowych z tytułu błędnego poinformowania przyznającego stypendium.

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

/podpis przedstawicieli ustawowych - rodziców/

\* dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą jest to numer NIP, w pozostałych przypadkach proszę wpisać nr PESEL)

\*\* niepotrzebne skreślić