**Załącznik nr 1c**

**OŚWIADCZENIE STAŻYSTY**

**I. Dane osobowe do celów ubezpieczeniowych i ewidencyjnych:**

1. Nazwisko ……………………………………………………………………………………………

2. Imiona ………………………………………………………………………………….…………….

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

4. Obywatelstwo …………………………………………………………………………….…………

5. Data urodzenia ……………………………………………………………………………….…….

6. Pesel \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

7. Adres zameldowania:

a) kod pocztowy, miejscowość ……………………………………………………….………….

b) ulica, nr domu …………………………………………………………………………….…….

c) gmina ……………………………………………………………………………………….…….

8. Adres zamieszkania:

a) kod pocztowy, miejscowość ……………………………………………………….……….….

b) ulica, nr domu …………………………………………………………………………….…….

c) gmina ………………………………………………………………………………………….….

9. Dowód osobisty (seria i numer) ………………………………………………………………….…

10. Narodowy Fundusz Zdrowia (Oddział) ………………………………………………………..…

**II. Oświadczam, że jestem:**

 uczniem …………………………………………………………………………………………

numer legitymacji ucznia ……………………………………………………………………..

legitymacja wydana dnia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ przez ……………………………………………..

 posiadam inny tytuł do ubezpieczeń społecznych (emerytalnych, rentowych) podać jaki: ……………………………………………………………………………………………….

Wnoszę / nie wnoszę \* o zgłoszenie mnie do dobrowolnych ubezpieczeń społecznych

Niniejsze oświadczenie złożone jest Płatnikowi Stażu/Praktyki w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

Dobre Miasto, dnia ………………. ………………………………………………….

Podpis stażysty

\*- niepotrzebne skreślić

Wypłaty stypendium stażowego proszę dokonać na rachunek bankowy
nr …………..……………………………………..............................................................

którego właścicielem jest

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

prowadzony przez Bank

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

 ………………………………………..

 Podpis stażysty