

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU
„DO DZIEŁA! – CENTRUM AKTYWIZACJI SPOŁECZNO-ZAWODOWEJ”
DLA POTRZEB UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH/PODATKÓW**

Nazwisko Uczestnika.....
Imiona 1/..... 2/.....
Miejsce urodzenia..... Data urodzenia.....
Imię ojca..... Imię matki

PESEL/Paszport.....
Miejsce zamieszkaniaKod pocztowy.....
Ulicanr domu.....nr mieszkania.....
Urząd Skarbowy właściwy dla miejsca zamieszkania.....
.....
Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

Bank

Rachunek bankowy

Stopień niepełnosprawności.....

Wnoszę o ubezpieczenie społeczne:

- a) emerytalne i rentowe,
- b) wypadkowe.

Jednocześnie oświadczam, że nie posiadam innego tytułu do ubezpieczeń społecznych.

- Upoważniam Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łysomicach do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.**
- Posiadam inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego , wobec tego nie wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym.**

O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego oświadczenia niezwłocznie powiadomię Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łysomicach.

.....
data i podpis Uczestnika