

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ZLECENIOBIORCY niebędącego pracownikiem UJD**  
do umowy zlecenie zawartej w dniu \_\_\_\_\_

\*wszystkie pola tekstowe należy wypełnić drukowanymi literami

Nazwisko	Imię
Pesel	Data i miejsce urodzenia
NIP (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)	Kraj zamieszkania
NFZ:	
URZĄD SKARBOWY:	

**Dane adresowe:****a) adres zameldowania na pobyt stały-zgodnie z wpisem w dowodzie osobistym**

Województwo	Powiat	Gmina
Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta
Ulica	Nr domu	Nr lokalu

**b) adres zamieszkania – zgłoszony do urzędu skarbowego, jeżeli jest inny niż adres zameldowania**

Województwo	Powiat	Gmina
Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta
Ulica	Nr domu	Nr lokalu

**Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy:**

1. Jestem zatrudniony na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.): **KWOTA MINIMALNA W ROKU 2024 – DO CZERWCA 4242 ZŁ OD LIPCA DO GRUDNIA 4300 ZŁ BRUTTO**

FORMA ZATRUDNIENIA	WYMIAR CZASU PRACU	NAZWA ZAKŁADU PRACY	CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU OKREŚLONEMU ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI	CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa)
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łączne wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego <u>w każdym miesiącu</u> jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określönemu zgodnie z obowiązującymi przepisami	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
--	---

Prowadzę działalność gospodarczą	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

(nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).

2. Mam ustalone prawo do emerytury **Tak**  **Nie**

znak: \_\_\_\_\_

Mam ustalone prawo do renty /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp. **Tak**  **Nie**

znak:: \_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_

Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/ \_\_\_\_\_

Mam ustalony stopień niepełnosprawności **Tak**  **Nie**

1 stopień znaczny  2 stopień umiarkowany  3 stopień lekki

3. Jestem studentem, który nie ukończył 26 roku życia **Tak**  **Nie**

4. Jestem osobą bezrobotną **Tak**  **Nie**

Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) \_\_\_\_\_  
z prawem/bez prawa \* do zasiłku dla bezrobotnych.

\* *niepotrzebne skreślić*

5. Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników **Tak**  **Nie**

Od \_\_\_\_\_

Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem \_\_\_\_\_

6. Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu niniejszej umowy zlecenie:

**Tak**  **Nie**

7. Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu niniejszej umowy zlecenie:

**Tak**  **Nie**

Oświadczam, że w przypadku utraty tytułu do ubezpieczenia innego niż umowa zlecenie zawarta z UJD niezwłocznie poinformuję o zmianie sytuacji (m.in. w przypadku pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, wychowawczego, rehabilitacyjnego, zakończenia umowy o pracę itd.)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O każdej zmianie dotyczącej w/w danych zobowiązuję się niezwłocznie (najpóźniej w terminie 3 dni od daty zaistnienia zmiany) powiadomić Dział Płac pokój nr 508.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie informuje, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie, ul. Waszyngtona 4/8, 42-200 Częstochowa;
2. dane kontaktowe inspektora ochrony danych w Uniwersytecie Jana Długosza w Częstochowie: e-mail: [iod@ajd.czest.pl](mailto:iod@ajd.czest.pl), tel. 34 37-84-133;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy;
4. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione innym odbiorcom w celach kontrolnych i audytowych oraz pomocy prawnej i obrony roszczeń oraz tym podmiotom, z którymi administrator danych osobowych zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami obowiązującego prawa, niezbędny dla potrzeb realizacji ustawowych zadań uczelni, w tym zgodnie z przepisami archiwizacyjnymi; dane płacowe 50 lat, dane finansowe 5 lat;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania;
8. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy. Jest Pani/Pan zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości zawarcia umowy;
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

\_\_\_\_\_   
Data

\_\_\_\_\_   
Podpis Zleceniobiorcy