

DANE NIEZBĘDNE DO SPORZĄDZENIA DOKUMENTÓW:

ZUS – ZUA - Zgłoszenie do ubezpieczeń i ZUS – ZWUA - Wyrejestrowanie z ubezpieczeń

PIT-11 - Informacja o uzyskanych dochodach oraz o pobranych zaliczkach na podatek dochodowy

NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia**

Nazwisko Imię pierwsze

Imię drugie Nazwisko rodowe

Obywatelstwo Seria i numer dowodu osobistego

PESEL NIP Data urodzenia.....

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu

Ulica, numer domu i mieszkania

Kod pocztowy i miejscowość

Gmina Powiat Województwo.....

Telefon (domowy / komórkowy)

Adres zamieszkania / adres do korespondencji*Należy wypełnić wówczas, gdy adres zamieszkania jest inny, niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu.*

Ulica, numer domu i mieszkania

Kod pocztowy i miejscowość

Gmina Powiat Województwo.....

Tytuł ubezpieczenia / stopień niepełnosprawności *(niepotrzebne skreślić)*

Nie mam ustalonego prawa do emerytury / Mam ustalone prawo (decyzją ZUS) do emerytury

Nie mam ustalonego prawa do renty / Mam ustalone prawo (decyzją ZUS) do renty

Nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności / Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:
lekkim / umiarkowanym / znacznym

Adres Urzędu Skarbowego:

Oświadczam, że należę do Oddziału Wojewódzkiego Narodowego
Funduszu Zdrowia (kod) *(proszę podać nazwę i kod)***Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

Upoważniam pracownika Wojewódzkiego Urzędu Pracy w do złożenia w moim imieniu podpisu na dokumentach: ZUS-ZUA i ZUS-ZWUA

Składając wniosek o wypłatę świadczeń z FGŚP wyrażam zgodę na wykorzystywanie moich danych osobowych wyłącznie z przeznaczeniem dla którego zostały udostępnione. *Podstawa prawna: ustawa o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)*.....
data i podpis osoby zgłaszanej do ubezpieczeń (wnioskodawcy)