**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:**

1. **adres zameldowania na pobyt stały-zgodnie z wpisem w dowodzie osobistym**

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

1. **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 2025 –*** ***4666 zł***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMA ZATRUDNIENIA** | **WYMIAR CZASU PRACU** | **NAZWA ZAKLADU PRACY** | **CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU OKREŚLONEMU ZGODNIE** **Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI** | **CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa)** |
|  |  |  | **Tak** □ **Nie** □ | **Tak** □ **Nie** □ |
|  |  |  | **Tak** □ **Nie** □ | **Tak** □ **Nie** □ |
|  |  |  | **Tak** □ **Nie** □ | **Tak** □ **Nie** □ |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określonemu zgodnie z obowiązującymi przepisami** | **Tak** □ **Nie** □ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prowadzę działalność gospodarczą** | **Tak** □ **Nie** □ |
| **Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych 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 ………………………… 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

1. **Jestem studentem, który nie ukończył 26 roku życia Tak** □ **Nie** □
2. **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*

1. **Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników** **Tak** □ **Nie** □

od.................................................

Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem ............................................................

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

 **Tak** □ **Nie** □

1. **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, 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*