

# Informacje

## Zgłoszenie Pracownika do ubezpieczeń społecznych i zdrowotnego

Nazwisko: .....

Nazwisko rodowe pracownika: .....

Imię pierwsze: ..... Imię drugie: .....

Data urodzenia: ..... Płeć: ..... Obywatelstwo: .....

Nr ewidencyjny PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

jeżeli nie nadano nr PESEL seria i numer Dowodu osobistego lub Paszportu: .....

Pracownik oświadcza, że:

- 1) nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty\*
- 2) ma ustalone prawo do emerytury\*
- 3) ma ustalone prawo do renty\*

Pracownik oświadcza, że jest osobą:

- 1) nieposiadającą orzeczenia o niepełnosprawności\*
- 2) posiadającą orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności\*
- 3) posiadającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności\*
- 4) posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
- 5) posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia\*

Pracownik oświadcza, że wnosi o zgłoszenie do ..... Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

**Adres zameldowania Pracownika:**

Kod pocztowy ..... Miejscowość ..... Gmina .....

Ulica: ..... Nr domu: ..... Nr lokalu .....

Państwo: ..... Nr telefonu: .....

**Adres zamieszkania Pracownika (jeżeli jest inny niż zameldowania):**

Kod pocztowy ..... Miejscowość ..... Gmina .....

Ulica: ..... Nr domu: ..... Nr lokalu .....

Państwo: ..... Nr telefonu: .....

**Adres do korespondencji:**

Kod pocztowy ..... Miejscowość ..... Gmina .....

Ulica: ..... Nr domu: ..... Nr lokalu .....

Państwo: ..... Nr telefonu: .....

### DEKLARACJA:

Proszę o dokonanie zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego od dnia zatrudnienia tj. od dnia .....

Oświadczam, że podane przeze mnie powyżej informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, a w przypadku jakichkolwiek zmian poinformuję o nich Pracodawcę.

*Miejscowość i data:*

*Podpis Pracownika:*