*WZÓR*

*Załącznik nr 2*

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU DLA CELÓW ZUS\*

# Dane osobowe

Nazwisko ………………………….………….…… Imiona 1. .......................................... 2. ..........................................

Data urodzenia .......................................................................

Nazwisko rodowe ..................................................................

PESEL........................................................................................

Numer telefonu .....................................................................

Adres e-mail ...........................................................................

# Adres zamieszkania

Województwo ................................................... Powiat .................................. Gmina..........................................

Ulica ………………………………………..……………. Nr domu .................... Nr mieszkania .............................................

Miejscowość ……………………………… Kod pocztowy ............................... Poczta .....................................................

# Adres do korespondencji (gdy adres do korespondencji nie jest tożsamy z miejscem zamieszkania)

Województwo ................................................... Powiat .................................. Gmina..........................................

Ulica ………………………………………..……………. Nr domu .................... Nr mieszkania ............................................

Miejscowość ……………………………… Kod pocztowy ............................... Poczta ....................................................

# Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

* 1. Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia ……………………………………………………………………………….

## Posiadam inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego: tak/nie

Jeśli TAK, określić jaki \*

*\* Status członka rodziny nie zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego Uczestnika.*

# Oświadczenie o statusie ucznia/słuchacza

## Oświadczam, że jestem uczniem/słuchaczem w wieku do ukończenia 26 roku życia (nazwa szkoły i numer legitymacji):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Stwierdzam, że powyższe dane podałem zgodnie ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność karno- skarbowa za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana. W przypadku wystąpienia zmian w podanym stanie niezwłocznie zobowiązuję się do ich ujawnienia.

.............................. .............................................

*(data) (czytelny podpis Stażysty/ki)*

*\*dotyczy Słuchaczy/Słuchaczek Zespołu Szkół w Kowalu*