

## O ś w i a d c z e n i e

### I. Kwestionariusz osobowy:

Imię/imiona i nazwisko:	
PESEL:	
Adres zamieszkania:	
Kod NFZ:	

### II. Oświadczenie dla celów ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego w związku z odbywaniem stażu w ramach programu CO-OP:

Oświadczam, iż w okresie od \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ do \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ będę odbywał/-a staż w firmie:

---

---

i z tego tytułu będę otrzymywał/-a wynagrodzenie stażowe.

W związku z powyższym oświadczam, że:

- 1) w okresie odbywania stażu będę/nie będę\* podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z innego tytułu (zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, zatrudnienia na podstawie umowy zlecenie, posiadania własnej działalności gospodarczej, itp.),
- 2) jestem świadoma/-y, że po zakończeniu stażu zostanę wyrejestrowana/-y z ubezpieczeń społecznych i z ubezpieczenia zdrowotnego,
- 3) jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,
- 4) o wszelkich zmianach dotyczących powyższego oświadczenia niezwłocznie powiadomię na piśmie Uniwersytet kierujący mnie na staż.

.....  
miejsowość, data i czytelny podpis studentki/studenta