

**Informacje do zgłoszenia Pracownika  
do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego (do ZUS)**

Nazwisko Pracownika: .....																																										
Nazwisko rodowe Pracownika: .....																																										
Imię pierwsze: .....	Imię drugie: .....																																									
Data urodzenia: .....	Płeć: kobieta / mężczyzna*																																									
PESEL: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					NIP: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					
Seria i numer Dowodu osobistego: .....	lub Paszportu: .....																																									
Obywatelstwo: .....																																										
<b>Pracownik oświadcza, że:</b> 1) nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty* 2) ma ustalone prawo do emerytury* 3) ma ustalone prawo do renty*	<b>Pracownik oświadcza, że jest osobą:</b> 1) nieposiadającą orzeczenia o niepełnosprawności* 2) posiadającą orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności* 3) posiadającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności* 4) posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia*																																									
Pracownik oświadcza, że wnosi o zgłoszenie do ..... Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.																																										

<b>Adres zameldowania Pracownika na stałe miejsce pobytu:</b>	
Kod pocztowy .....	
Miejscowość .....	
Gmina .....	
Ulica ..... Nr domu ..... Nr lokalu .....	
<b>Adres zamieszkania:</b>	
Kod pocztowy .....	
Miejscowość .....	
Gmina .....	
Ulica ..... Nr domu ..... Nr lokalu .....	
<b>Adres do korespondencji:</b>	
Kod pocztowy .....	
Miejscowość .....	
Gmina .....	
Ulica ..... Nr domu ..... Nr lokalu .....	

Proszę o dokonanie zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego od dnia zatrudnienia tj. od dnia ..... Oświadczam, że dane potrzebne do zgłoszenia zawarte w formularzu podałem (am) zgodnie ze stanem prawnym i faktycznym.

**Data:**

**Podpis Pracownika:**