Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU DLA CELÓW ZUS**

1. Dane osobowe

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

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

Miejsce urodzenia…………………………………………………………

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

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

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

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

1. Adres zamieszkania

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

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

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

1. 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 ....................................................

1. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

4.1. Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia ……………………………………………………………………………….

4.2. Posiadam inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego: tak/nie

Jeśli TAK, określić jaki ………………………………………………………………………………………………………………………………….…..\*

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

1. Oświadczenie o statusie ucznia

Oświadczam, że jestem uczniem 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)

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

 (czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)\*

\* W przypadku niepełnoletniego Stażysty/ki oświadczenie musi podpisać Stażysta/ka oraz rodzic/ opiekun prawny Stażysty/ki