

☐ trwała ☐ okresowa: od _____ do _____

2. Informacje dodatkowe

Oświadczam że:

Nie jestem/jestem emerytem od _____

Nie jestem/jestem rencistą od _____ do _____

nr legitymacji/decyzji _____

*Jeśli Zleceniobiorca ma przyznany stopień niepełnosprawności i/lub prawo do renty/emerytury, dostarczyć należy do Zleceniodawcy kopię dokumentów potwierdzających ten fakt.***3. Status ucznia /studenta do 26 roku życia**

Jestem studentem/ucznem (wpisać TAK lub NIE) _____, jeżeli tak to uzupełnić poniżej:

Nazwa szkoły/uczelni _____

adres _____

nr legitymacji/albumu _____ data rozpoczęcia nauki _____, planowana data zakończenia nauki _____

Należy załączyć kserokopię legitymacji uczniowskiej/studenckiej lub zaświadczenia z Uczelni o statusie studenta.

4. Bezrobotny

Jestem osobą bezrobotną (wpisać TAK lub NIE) _____, jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) _____

z prawem/ bez prawa (niepotrzebne skreślić) do zasiłku dla bezrobotnych

5. Ubezpieczenie społeczne rolników

Podlegam (wpisać TAK lub NIE) _____

od dnia _____ nr decyzji _____

6. Rodzina*Członkowie rodziny: Jeżeli członek rodziny powinien zostać zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego, proszę o wypełnienie poniższej tabeli (zgłoszenie członków rodziny następuje tylko w sytuacji, gdy Zleceniobiorca podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu).*

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego wpisać: Tak lub Nie	Miejsce zamieszkania	PESEL	Rodzaj stopnia niepełnosprawności

7. Inne źródła przychodu/miejsca zatrudnienia

W okresie wykonywania umowy cywilnoprawnej osiągam przychód z innego źródła: **Tak/Nie** (niepotrzebne skreślić)
(jeśli „Tak”, uzupełnić poniższą tabelkę)

Nazwa	rodzaj przychodu: umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, działalność gospodarcza, inne źródło (wpisać właściwy)	Miesięczny przychód co najmniej <u>minimalne</u> <u>wynagrodzenie 4.806,- zł</u> brutto: wpisać Tak lub Nie	Czy wynagrodzenie jest objęte obowiązkową składką społeczną wpisać Tak lub Nie	Wymiar etatu określony w umowie (w przypadku umowy o pracę)

Prowadzę działalność gospodarczą. Tak/Nie (niepotrzebne skreślić) (jeżeli tak, proszę podać NIP

Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach (niepotrzebne skreślić)

Oświadczam, że w przypadku:

- utraty dotychczasowego tytułu do ubezpieczenia, innego niż umowa zlecenie zawarta z Uniwersyteckim Centrum Klinicznym
- uzyskaniu wynagrodzenia niższego niż obowiązujące w danym miesiącu wynagrodzenia minimalnego z umowy innej niż zawarta z Uniwersyteckim Centrum Klinicznym, a stanowiącej podstawę objęcia ubezpieczeniem społecznym
- korzystania z urlopu bezpłatnego, macierzyńskiego, czy wychowawczego

w ciągu 7 dni kalendarzowych od zaistniałej zmiany poinformuję Dział Spraw Pracowniczych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego.

8. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe

Proszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

(wpisać **TAK** lub **NIE**) od dnia

(objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, może nastąpić, gdy zlecenie jest tytułem, z którego obowiązkowo odprowadzane są składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe. Kwota ubezpieczenia chorobowego jest potrącana z wynagrodzenia Zleceniobiorcy w wysokości 2,45% wynagrodzenia brutto)

Oświadczam, że ww. dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jestem świadomy/a konsekwencji finansowych za zeznanie nieprawdy. O każdej zmianie dotyczącej ww. danych zobowiązuję się niezwłocznie (najpóźniej w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany) powiadomić zleceniodawcę.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Zleceniobiorcy)

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA ZLECENIOBIORCÓW

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119) – dalej RODO, informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zleceniodawca Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, ul. Dębinki 7

80-952 Gdańsk, kontakt: info@uck.gda.pl, tel, (58) 349 20 00

Inspektor Ochrony Danych: e-mail: iod@uck.gda.pl

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia i realizacji umowy cywilnoprawnej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne dla celów związanych z nawiązaniem i przebiegiem umowy cywilnoprawnej. W przypadku nie podania danych nie będzie możliwa realizacja ww. celu.
3. Dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami ustawy o rachunkowości, ustaw podatkowych, ustawy o ubezpieczeniach społecznych i innych przepisów prawa.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
8. Przetwarzanie Pani/Pana danych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

Potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną
(data i czytelny podpis Zleceniobiorcy)