

Załącznik Nr 8 do Załącznika Nr 1

....., dnia

(miejscowość)

OŚWIADCZENIE STAŻYSTY
dla celów ubezpieczenia społecznego i ubezpieczenia zdrowotnego

Ja, niżej podpisany:

Nazwisko				Imię(imiona)		PESEL									
Adres zamieszkania															
województwo								powiat				gmina			
kod pocztowy		miejscowość				ulica				nr domu/mieszkania					

oświadczam, że:

1. Mam / nie mam* ustalone prawo do emerytury lub renty (w tym renty rodzinnej).

2. Posiadam stopień niepełnosprawności TAK/NIE* - (jeśli TAK, podać jaki stopień).....

.....
(czytelny podpis)

* Niepotrzebne skreślić