|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWISKO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IMIĘ 1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IMIĘ 2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WYDANY PRZEZ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Sytuacja ubezpieczeniowa Zleceniobiorcy:** |

1. **Jestem zatrudniony na podstawie - należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMA ZATRUDNIENIA** | **WYMIAR CZASU PRACU** | **NAZWA ZAKLADU PRACY** | **CZY WYNAGRODZENIE WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU** **OKRESLONE. ZGODNIE** **Z OBOWI.PRZEPISAMI** | **CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa)** |
|  |  |  | **Tak** □ **Nie** □ | **Tak** □ **Nie** □ |
| **Tak** □ **Nie** □ | **Tak** □ **Nie** □ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łączne wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określonemu zgodnie z obowiązującymi przepisami** | **Tak** □ **Nie** □ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prowadzę działalność gospodarczą** | **Tak** □ **Nie** □ |
| **Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).** | **Tak** □ **Nie** □ |

1. **Mam ustalone prawo do emerytury** **Tak** □ **Nie** □

znak: ……………………………………od dnia ……………………………………………………..

**Mam ustalone prawo do renty** /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp. **Tak** □ **Nie** □

znak: ………………………………..od ………………………… do dnia ………………………………

**Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/** ….…………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Mam ustalony stopień niepełnosprawności** **Tak** □ **Nie** □

□ 1 stopień □ 2 stopień □ 3 stopień

1. **Jestem studentem, który nie ukończył 26 roku życia Tak** □ **Nie** □
2. **Jestem osobą bezrobotną** **Tak** □ **Nie** □

Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie) .............................................................................................. z prawem/bez prawa \* do zasiłku dla bezrobotnych.

\* niepotrzebne skreślić

1. **Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników** **Tak** □ **Nie** □

od.................................................

Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem ............................................................

1. **Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym / chorobowym**  **Tak\*\*** □ **Nie** □

**\*\* Zobowiązuję się do pokrycia składek na ubezpieczenie społeczne za siebie i po stronie płatnika (PIW Brodnica) w przypadku złożenia niezgodnego ze stanem faktycznym oświadczenia lub nie powiadomienia Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Brodnicy o zaistniałych zmianach, urlopach bezpłatnych i zwolnieniach o których mowa w pkt. 6**

1. **Wnoszę o wypłatę wynagrodzenia na rachunek bankowy o nr :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **–** |  |  | **–** |  |  |  |  |  |  |
| Data sporządzenia formularza (DD-MM-RRR) |  | **Podpis Wyznaczonego** |

1. **Niezbędne dane dodatkowe:**

**8.1.Dane osobowe uzupełniające:**

Imiona rodziców ……………………………..........................................................................................................

Data urodzenia ………………………………………….. Miejsce urodzenia ………………………………………...

Nazwisko rodowe ……………………………………….. Obywatelstwo ………………………..............................

NIP ………………………………………………………

Nr karty stałego pobytu (dla obcokrajowców ) \* …………………………………………………………………

**8.2.Adres zamieszkania:**

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

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

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

**8.3.Adres do korespondencji (gdy adres do korespondenci nie jest tożsamy z miejscem zamieszkania)**

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

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

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

**8.4.Urząd skarbowy** (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT- 8B)

 US w Brodnicy

 Inny, jaki (nazwa i adres)…………………………………………………………………………………………

**8.5. Właściwy odział Narodowego Funduszu Zdrowia**

 02R

 Inny, jaki……………………………….

**8.6. Zobowiązuje się do natychmiastowego powiadomienia Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Brodnicy w przypadku utraty tytułu do ubezpieczenia wymienionego w pkt. 6-1. lub korzystania w okresie zatrudnienia z urlopów bezpłatnych i zwolnień powodujących obniżenie podstawy wymiaru składek.**

**8.7. Nr odznaki identyfikacyjnej …………………………………………………………………………………..**

**8.8. Oświadczenie o używaniu samochodu prywatnego** **przez osoby niebędące pracownikami Inspekcji Weterynaryjnej wyznaczone na podstawie art. 16 i art. 18 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej (Dz. U. z 2021, poz. 306 z późn. zm.)**

Oświadczam, że używam samochodu osobowego:

marka ……………………..………. nr rej ……….…………………. pojemność silnika ……………………………..

do celów, związanych z wykonywaniem czynności wymienionych w załączniku do rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 15 stycznia 2018 r. w sprawie warunków i wysokości wynagrodzenia za wykonywanie czynności przez lekarzy weterynarii i inne osoby wyznaczone przez powiatowego lekarza weterynarii (Dz. U. z 2018 r. poz. 129).

Jednocześnie zobowiązuję się do powiadomienia Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Brodnicy o zmianie użytkowanego samochodu.

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Pracodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

……………………………… …………………………..

 miejscowość, data podpis

**Klauzula Informacyjna osób wyznaczonych przez Powiatowego Lekarza Weterynarii w Brodnicy odnośnie RODO**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenie 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 (RODO) Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Brodnicy przekazuje informację:

1. Administratorem Pana danych osobowych jest Powiatowy Lekarz Weterynarii w Brodnicy. Może Pan skontaktować się z Administratorem pisząc na adres brodnica.piw@wp.pl lub telefoniczne pod nr: 56 49 346-03
2. Podstawą prawną przetwarzania Pana danych jest art. 6 ust.1lit b rozporządzenia RODO w zw. z art. 16ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Inspekcji Weterynaryjnej.
3. Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie dla celów związanych z realizacją umowy o której mowa w art. 16 ust.3 w/w ustawy.
4. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i wynika z zapisów w/w ustawy oraz jest warunkiem zawarcia umowy. Nie podanie danych osobowych spowoduje, że Administrator nie będzie mógł realizować celu jakim jest wyznaczenie.
5. Pana dane będą przechowywane na czas wyznaczenia oraz po upływie wyznaczenia przez okres niezbędny do :
6. zabezpieczenia lub dochodzenia ewentualnych roszczeń przysługujących PIW Brodnicy,
7. wypełnienia obowiązku prawnego Administratora ( np. z wynikającego z przepisów podatkowych lub rachunkowych).
8. Pana/Pani dane będą przechowywane zgodnie z – zarządzenie Nr 4/2012 Powiatowego Lekarza Weterynarii w Brodnicy z dnia 27 kwietnia 2012r. w sprawie wprowadzenia w Powiatowym Inspektoracie Weterynarii w Brodnicy jako tymczasowych instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt oraz instrukcji archiwalnej.
9. Pana dane osobowe będą przetwarzać tylko upoważnieni pracownicy Administratora.
10. Administrator nie zamierza przekazywać Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
11. Ma Pan prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania.
12. W związku z przetwarzaniem Pana danych osobowych przez Administratora przysługuje Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego ( Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
13. W oparciu o Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.