*Załącznik nr 2 do Umowy o realizację stażu*

**DANE STAŻYSTY**

**DO ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZEŃ I WYPŁATY STYPENDIUM STAŻOWEGO**

**w ramach projektu „Akademia Sztuki w Szczecinie\_PROJEKT KARIERA”**

**nr POWR.03.05.00-00-Z015/18-00**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko |  | | | | | | | |
| Imię |  | | | Drugie  imię | |  | | |
| Nr PESEL |  | | | Data urodzenia | |  | | |
| Obywatelstwo |  | | | | | | | |
| Orzeczenie o niepełnosprawności | Brak 🖵 Lekkie 🖵 Umiarkowane 🖵 Znaczne 🖵 | | | | | | | |
| Renta rodzinna lub inne świadczenie rentowe | Nie 🖵 Tak 🖵 | | Jeśli tak, proszę o podanie rodzaju świadczenia | |  | | | |
| Zatrudnienie /działalność gospodarcza  w okresie trwania stażu | Umowa  o pracę | Nie 🖵  Tak 🖵 | Umowa zlecenie/ o dzieło | | Nie 🖵  Tak 🖵 | | Działalność gospodarcza | Nie 🖵  Tak 🖵 |
| Inny tytuł do ubezpieczeń społecznych | Nie 🖵 Tak 🖵 | | Jeśli tak, proszę o podanie jaki tytuł | |  | | | |
| Adres zamieszkania |  | | | | | | | |
| Gmina |  | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | e-mail | |  | | | |
| Nazwa banku  i nr rachunku bankowego |  | | | | | | | |
| Oddział NFZ |  | | | | | | | |

Jednocześnie oświadczam, że posiadam/nie posiadam[[1]](#footnote-1)\* umowę ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków obejmującą planowany okres trwania stażu.

Ponadto oświadczam, że jestem właścicielem podanego konta bankowego/jestem uprawniony do korzystania ze środków pieniężnych tego konta\*.

W przypadku zmiany nazwiska, adresu zamieszkania, numeru rachunku bankowego zobowiązuję się w ciągu 7 dni powiadomić na piśmie Akademię Sztuki w Szczecinie.

Ponadto oświadczam, że:

* nie pozostaję z podmiotem przyjmującym na staż w stosunku pracy ani stosunku wynikającym z umowy cywilnoprawnej,
* nie jestem właścicielem podmiotu przyjmującego na staż ani nie zasiadam w organach zarządzających podmiotem przyjmującym na staż,
* nie pozostaję z związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa do drugiego stopnia   
  z właścicielem podmiotu przyjmującego na staż, z żadną z osób zasiadających w organach zarządzających podmiotem przyjmującym na staż ani z opiekunem stażu wyznaczonym przez podmiot przyjmujący na staż.

data i podpis

1. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)