

Nazwisko Imiona

PESEL

Adres zamieszkania

Adres zameldowania

Oddział NFZ (kasa chorych)

.....

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

1. Nie posiadam/posiadam*) ustalone prawo do emerytury/renty decyzją ZUS z dnia

.....

i pobieram z ZUS w/w świadczenie,

2. Nie posiadam/posiadam*) ustalony stopień niepełnosprawności:

- lekki stopień niepełnosprawności*),
- umiarkowany stopień niepełnosprawności*),
- znaczny stopień niepełnosprawności*),

Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia poinformuję Zakład Pracy w terminie 7 dni od momentu zaistnienia tych zmian.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów ubezpieczeń społecznych (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922).

.....
podpis

**niepotrzebne skreślić*