

## OŚWIADCZENIE

Złożone na wniosek strony (art. 75 § 2 kpa)

1. WYPEŁNIJ WIELKIMI LITERAMI

2. POLA WYBORU ZAZNACZAJ: w miejsce  wstaw v lub X.

Ja niżej podpisany/a .....

*/imię i nazwisko/*

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oświadczam, co następuje:

**DANE CZŁONKA RODZINY, W TYM WSPÓŁMAŁŻONKA LUB DRUGIEGO RODZICA  
DZIECKA/DZIECI PRZEBYWAJĄCEGO POZA GRANICAMI POLSKI:**

Imię i Nazwisko: .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

KRAJ: .....

NR UBEZPIECZENIA ZAGRANICZNEGO: .....

ADRES ZAMIESZKANIA: .....

.....

.....

.....

.....

OKRES POBYTU: .....

.....

.....

PRACODAWCA :

TAK

NIE

PROWADZENIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ:

TAK

NIE

INSTYTUCJA ZAGRANICZNA /DOT. RYNKU PRACY/:

TAK

NIE

ZASIŁEK MACIERZYŃSKI:

TAK

NIE

ZASIŁEK CHOROBY:

TAK

NIE

ZASIŁEK DLA BEZROBOTNYCH:

TAK

NIE

INNE ŚWIADCZENIE

TAK , jakie .....

NIE

ADRES PRACODAWCY/ MIEJSCA PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI  
GOSPODARCZEJ/ INSTYTUCJI ZAGRANICZNEJ DOT. RYNKU PRACY:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

OKRES: ZATRUDNIENIA/ PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ /  
ZASIŁKU DLA BEZROBOTNYCH /ZASIŁKU MACIERZYŃSKIEGO/ ZASIŁKU  
CHOROBOWEGO/ INNEGO ŚWIADCZENIA

/od kiedy do kiedy: dzień-miesiąc-rok/ :

.....  
.....  
.....

DODATKOWE UWAGI:

.....  
.....  
.....  
.....

**DANE CZŁONKA RODZINY, W TYM WSPÓŁMAŁŻONKA LUB DRUGIEGO RODZICA  
DZIECKA/DZIECI W POLSCE - dotyczy drugiego rodzica/opiekuna dziecka/dzieci**

.....

*/imię i nazwisko/*

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zatrudnienie lub działalność gospodarcza   | <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie w KRUS                      |
| <input type="checkbox"/> Zasiłek dla bezrobotnych   | <input type="checkbox"/> Pobieranie świadczeń emerytalno-rentowych |
| <input type="checkbox"/> Urlop wychowawczy/urlop macierzyński   | <input type="checkbox"/> Staż                                      |
| <input type="checkbox"/> Pobieranie świadczenia pielęgnacyjnego,<br>zasiłku dla opiekuna, specjalnego zasiłku<br>opiekuńczego | <input type="checkbox"/> Brak aktywności                           |

BRAK UBEZPIECZENIA:

- TAK  
 NIE

UBEZPIECZENIE PRZY WSPÓŁMAŁŻONKU/ INNEJ OSOBIE:

- TAK  
 NIE

ADRES PRACODAWCY/ ADRES URZĘDU PRACY/:

.....  
.....  
.....  
.....

OKRES ZATRUDNIENIA/ PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ /  
POBIERANIA ZASIŁKU Z TYTUŁU BEZROBOCIA

/od kiedy do kiedy: dzień-miesiąc-rok/ :

.....  
.....  
.....

**INFORMACJA, Z KTÓRYM RODZCEM/OPIEKUNEM DZIECKO/DZIECI  
PRZEBYWAJĄ, KRAJ POBYTU:**

.....  
.....  
.....

DODATKOWE UWAGI:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
/podpis osoby składającej oświadczenie/

*Art. 75 § 2 KPA Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania.*