

**Gmina Kleszczów
ul. Główna 47
97-410 Kleszczów**

Numer sprawy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY W SPRAWIE BRAKU DOKUMENTÓW**

**Instrukcja wypełniania:**



1. Pola wyboru zaznacz znakiem X
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

**OŚWIADCZENIE**



Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, co następuje

**DANE WNIOSKODAWCY**



|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |  | **−** |  |  | **−** |  |  |  |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adres zamieszkania****(ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość)** |  |

**OŚWIADCZENIE**



Oświadczam, że:

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonywałem (am) pracę w** Podaj miejsce położenia gospodarstwarolnego i nazwiska jego właścicieli |   |
| **W okresie od do** |  |
| **W charakterze**Podaj rodzaj pracy |  |
| **Praca miała charakter:** | [ ]  STAŁY [ ]  SEZONOWY [ ]  DORYWCZY | W przypadku pracy sezonowej lub dorywczej należy podać ile miesięcy w roku - tygodni w miesiącu - dni w tygodniu trwało zatrudnienie |  |
| **Praca była wykonywana w pełnym wymiarze czasu pracy** | [ ]  TAK [ ]  NIE  | W przypadku niepełnego wymiaru czasu pracy należy podać - ile godzin dziennie trwało zatrudnienie |  |
| **Z tytułu wykonywanej pracy byłem(am) ubezpieczony(a)** | [ ]  TAK [ ]  NIE  | Jeżeli TAK, podaj gdzie pracodawca/właściciel gospodarstwa rolnego opłacał składki na ubezpieczenie społeczne |  |
| **W wymienionym okresie posiadałem(am) inne źródło utrzymania (np. zakład rzemieślniczy, zakład pracy, gospodarstwo rolne)** | [ ]  TAK [ ]  NIE  | Jeżeli TAK, podaj jakie |  |
| **Przyczyna braku dokumentów** | [ ]  Brak dokumentów potwierdzających pracę w gospodarstwie rolnym w rejestrach urzędowych[ ]  Inny powód: …………………………………………………………………………………………………….. |
| **Posiadam dowody zastępcze** | [ ]  TAK [ ]  NIE  | Jeżeli TAK, podaj jakie |  |

**PODPIS**



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miejscowość** | **Data** | **Czytelny podpis wnioskodawcy** |
|  |  |  |

**WYPEŁNIA URZĄD**



Zweryfikowano tożsamość i przyjęto oświadczenie wnioskodawcy.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miejscowość** | **Data** | **Podpis i pieczęć pracownika przyjmującego zeznanie** |
|  |  |  |