



.....

miejsce/data

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że podlegam ubezpieczeniu społecznemu z tytułu:

.....

.....

.....(podać tytuł do ubezpieczenia społecznego, nazwę płatnika składek/np. zakład pracy).

Imię i nazwisko Kandydata

Podpis Kandydata