…………………………………………. ………………………………………….

imię i nazwisko pracownika miejscowość i data

………………………………………….

adres zamieszkania

………………………………………….

**Państwowa Akademia Nauk Stosowanych**

**we Włocławku**

**Wniosek o urlop wychowawczy**

W celu zapewnienia osobistej opieki nad dzieckiem:

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

*(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia)*

składam wniosek o udzielenie mi urlopu wychowawczego w wymiarze .................................................

w okresie od dnia ......................................................... do dnia ................................................................

Jednocześnie informuję, że dotychczas:

1. nie korzystałam/em) / korzystałam/em\* z urlopu wychowawczego na wymienione dziecko przez ..............................................................................................................................................

*(liczba tygodni lub miesięcy)*

1. drugi rodzic dziecka korzystał / nie korzystał\* z urlopu wychowawczego na wymienione dziecko przez ................................................................................................................................

*(liczba tygodni lub miesięcy)*

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

*(podpis pracownika)*

# Oświadczenie

**ojca (opiekuna) / matki (opiekunki) dziecka\***

Oświadczam, iż nie zamierzam korzystać z urlopu wychowawczego przez okres wskazany we wniosku drugiego rodzica (opiekuna) dziecka.

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

(*podpis ojca/opiekuna lub matki/opiekunki)*

***\* niepotrzebne skreślić***

***Załącznik nr 1***

**Oświadczenie**

**dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych**

• **osoby przebywającej na urlopie wychowawczym\*/**

• **osoby pobierającej zasiłek macierzyński\*/**

• **osoby pobierającej zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego\*/**

(wypełnia ubezpieczony na podstawie art. 36 ust. 2a ustawy z dnia 13 października

1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych – Dz.U. 137, poz. 887 z późn. zm.)

Nazwisko....................................................................................................................................................

Imię.............................................................................................................................................................

Data urodzenia................................................... PESEL ……...................................................................

NIP......................................., seria i nr dok. tożsamości: dowód -paszport\*/............................................

Miejsce zamieszkania.................................................................................................................................

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

Oświadczam, że:

- mam ustalone prawo do emerytury Tak /Nie\*/

- mam ustalone prawo do renty (\*\*) Tak/ Nie\*/

jeśli tak, podać od kiedy oraz numer decyzji .............................................................................................

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

- posiadam inny tytuł/y do ubezpieczeń społecznych Tak /Nie\*/

jeśli tak, podać jaki....................................................................................................................................

jeśli tak, podać okres/y (od kiedy do kiedy)..............................................................................................

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

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.

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

(data i podpis)

***(\*) niepotrzebne skreślić***

***(\*\*) z wyjątkiem rent przyznanych na podstawie przepisów prawa cywilnego***

***(np. renta wyrównawcza) oraz rent socjalnych przyznawanych na podstawie przepisów***

***ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. nr 64, poz. 593).***

***Załącznik nr 2***

**Oświadczenie**

**dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego**

**osoby przebywającej na urlopie wychowawczym**

(wypełnia ubezpieczony)

Nazwisko....................................................................................................................................................

Imię.............................................................................................................................................................

Data urodzenia................................................ PESEL ..............................................................................

NIP.........................................., seria i nr dok. tożsamości: dowód -paszport\*/.........................................

Adres zamieszkania....................................................................................................................................

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

Oświadczam, że:

- mam inny tytuł z którego jest opłacana składka na ubezpieczenie zdrowotne

- Tak /Nie\*/

jeśli tak podać jaki......................................................................................................................................

jeśli tak podać okres/y (od kiedy do kiedy)................................................................................................

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

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu

zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.

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

(data i podpis)

***(\*) niepotrzebne skreślić***