OŚWIADCZENIE

ubezpieczonego wykonującego zawód medyczny, że niezdolność do pracy jest spowodowana COVID-19

Instrukcja wypełniania

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. Podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie.

Dane wnioskodawcy

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię Nazwisko

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Numer telefonu Adres poczty elektronicznej

Podaj numer telefonu i adres e-mail – to ułatwi nam kontakt w sprawie

Rachunek bankowy, na który ma być przekazywane świadczenie

Dane dotyczące niezdolności do pracy

Okres niezdolności od do

dd / mm / rrrr *dd / mm / rrrr*

Oświadczam, że:

☐ moja niezdolność do pracy jest spowodowana COVID-19

☐ wykonuję zawód medyczny w podmiocie leczniczym*/

☐ moja niezdolność do pracy z powodu COVID-19 powstała w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym*/

☐ obowiązkowa kwarantanna lub izolacja wynika ze styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym*/

*/ Zaznacz tylko gdy występujesz o wypłatę zasiłku w ZUS jako osoba prowadząca działalność pozarolniczą

Data

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis osoby, która składa wniosek