# 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*