

## OŚWIADCZENIE

osoby wspólnie zamieszkującej lub gospodarującej z osobą, która odbywa obowiązkową kwarantannę po przekroczeniu granicy/na podstawie decyzji państwowego inspektora sanitarnego\*/

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij to oświadczenie i **w terminie 3 dni roboczych od zakończenia kwarantanny** prześlij je pracodawcy (zleceniodawcy) albo do nas – przez PUE ZUS lub w formie papierowej - jeżeli prowadzisz pozarolniczą działalność lub współpracujesz z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność albo jesteś duchownym i mamy ustalić prawo do zasiłku chorobowego.

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

**Dane osoby wspólnie zamieszkującej lub gospodarującej z osobą, która odbywa obowiązkową kwarantannę po przekroczeniu granicy/na podstawie państwowego inspektora sanitarnego\*/**

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

\*/ Niepotrzebne skreśl

**Dane osoby odbywającej obowiązkową kwarantannę po przekroczeniu granicy/na podstawie decyzji państwowego inspektora sanitarnego\*/**

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

Imię

Nazwisko

\*/ Niepotrzebne skreśl

### Dane dotyczące obowiązkowej kwarantanny

---

Data rozpoczęcia i zakończenia kwarantanny

od 

--	--	--	--	--	--

 do 

--	--	--	--	--	--

*dd / mm / rrrr*

*dd / mm / rrrr*

Zobowiązuję się poinformować płatnika zasiłku chorobowego (płatnika składek lub ZUS) o skróceniu lub zwolnieniu mnie z obowiązku odbycia kwarantanny przez państwowego inspektora sanitarnego.

Data 

--	--	--	--	--	--

*dd / mm / rrrr*

---

*Czytelny podpis osoby, która składa oświadczenie*