**Prohlášení o zbavení mlčenlivosti**

**Prohlášení o pojištění zaměstnanců u zdravotních pojišťoven a sazbě pojistného na sociální zabezpečení**

|  |  |
| --- | --- |
| Já, níže podepsaný |  |

fyzická osoba: jméno, příjmení a datum narození

statutární orgán právnické osoby: jméno, příjmení, funkce

|  |  |
| --- | --- |
| Jako statutární orgán\* |  |
| fyzická osoba: *bydliště*, **IČ**  \* fyzická osoba: *prosím škrtněte* právnická osoba: název a sídlo zaměstnavatele, **IČ** | |

**A.** Zbavuji níže uvedeného věcně a místně příslušného správce daně povinnosti zachovávat mlčenlivost ve smyslu ustanovení § 52 odst. 2 zákona č. 280/2009 Sb., daňový řád, v platném znění, ve věci vydání potvrzení o stavu daňových nedoplatků vůči územním finančním orgánům České republiky, dále zbavuji mlčenlivosti příslušné celní orgány, správu sociálního zabezpečení a níže uvedené zdravotní pojišťovny, vůči Úřadu práce České republiky v souvislosti s poskytováním příspěvku v rámci projektu Záruky pro mladé v Jihomoravském kraji do odvolání a v pl­ném rozsahu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Finanční úřad\*\* | Celní úřad\*\* | OSSZ / MSSZ / PSSZ\*\* |

\*\*Vypište prosím konkrétní instituci, u které jste přihlášení

**B.** Prohlašuji, že k dnešnímu dni jsou zaměstnanci žadatele pojištěni **pouze** u těchto zdravotních pojišťoven:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |

Prohlašuji, že u zdravotních pojišťoven **neuvedených výše** **nemám nedoplatek** na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění. Současně prohlašuji, že všichni zaměstnanci žadatele jsou řádně přihlášeni u příslušné zdravotní pojišťovny a správy sociálního zabezpečení.

Pouze zaměstnavatel – fyzická osoba

Prohlašuji, že k dnešnímu dni jsem pojištěn u zdravotní pojišťovny:

|  |
| --- |
| ................................................................ |
| podpis (statutárního orgánu) žadatele |

V       dne ………