

Nazwa kwalifikacji: **Rozliczanie wynagrodzeń i danin publicznych**
Oznaczenie kwalifikacji: **AU.65**
Numer zadania: **02**
Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **180** minut.

AU.65-02-22.01-SG

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2022

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2017**

Instrukcja dla zdającego

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL i naklej naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Na KARCIE OCENY w oznaczonym miejscu przyklej naklejkę z numerem PESEL oraz wpisz:
 - swój numer PESEL*,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 8 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
4. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
5. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
6. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw arkusz egzaminacyjny z rezultatami oraz KARTĘ OCENY na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. Po uzyskaniu zgody zespołu nadzorującego możesz opuścić salę/miejsce przeprowadzania egzaminu.

Powodzenia!

* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Zadanie egzaminacyjne

Hubert Kozak prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą w zakresie sprzedaży aparatów fotograficznych. Przedsiębiorca jest czynnym podatnikiem VAT i cały obrót jego przedsiębiorstwa jest opodatkowany podatkiem VAT.

W grudniu zatrudniono Alicję Krakowską na podstawie umowy o pracę.

Wykonaj prace dla przedsiębiorstwa ZENIT Hubert Kozak.

1. Sporządź i wydrukuj z programu kadrowo-płacowego:
 - *Umowę o pracę* nr 1/12/2021 dla Alicji Krakowskiej,
 - *Listę płac nr 1/12/2021* za grudzień 2021 r. dla Alicji Krakowskiej,
 - *Polecenie przelewu* wynagrodzenia za grudzień 2021 r. dla Alicji Krakowskiej (data sporządzenia polecenia przelewu 31.12.2021 r.).
2. Wypełnij znajdujący się w arkuszu egzaminacyjnym formularz ZUS ZUA *Zgłoszenie do ubezpieczeń* Alicji Krakowskiej z datą wypełnienia 7.12.2021 r.
3. Sporządź i wydrukuj DW – *Dowód wewnętrzny* nr 1/12/2021 r. z datą 31.12.2021 r. dotyczący naliczenia miesięcznego odpisu amortyzacji środków trwałych za grudzień 2021 r. w kwocie 420,00 zł.
4. Zaksięguj w podatkowej księdze przychodów i rozchodów zdarzenia gospodarcze na podstawie sporządzonych i załączonych dowodów księgowych.
5. Wydrukuj podatkową księgę przychodów i rozchodów za grudzień 2021 r.

Wykonaj zadanie na stanowisku egzaminacyjnym wyposażonym w komputer podłączony do drukarki sieciowej, z zainstalowanym programem kadrowo-płacowym oraz programem do prowadzenia podatkowej księgi przychodów i rozchodów.

Prace z programami rozpocznij od wprowadzenia:

- danych identyfikacyjnych przedsiębiorstwa ZENIT Hubert Kozak,
 - swojego numeru PESEL pod nazwą ZENIT Hubert Kozak,
 - danych właściciela (wspólnika) Huberta Kozaka,
 - danych urzędu skarbowego do kartoteki,
 - danych kontrahentów do kartotek
- oraz ustawienia parametrów programów niezbędnych do wykonania zadania.

**Dane identyfikacyjne przedsiębiorstwa ZENIT Hubert Kozak
oraz parametry programu do prowadzenia podatkowej księgi przychodów i rozchodów**

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Nazwa skrócona | ZENIT | |
| Wybierz wersję programu | wersja próbna | |
| Nazwa pełna | ZENIT Hubert Kozak wpisz swój numer PESEL | |
| NIP | 6181815860 | |
| REGON | 250764465 | |
| Adres siedziby | ul. Niecała 6, 62-800 Kalisz | |
| Gmina/Powiat/Poczta | Kalisz | |
| Województwo | wielkopolskie | |
| Podstawowy rachunek bankowy | nazwa | rachunek bieżący |
| | numer konta | 10 1140 1993 0000 5502 3500 1055 |
| | nazwa banku | mBank SA O. Korporacyjny Kalisz |
| Metoda rozliczania VAT | rok 2021, kwartał: IV, metoda: miesięczna | |
| Forma księgowości | księga przychodów i rozchodów | |
| Okres obrachunkowy | rok 2021, kwartał: czwarty, grudzień 2021 | |
| Parametry numeracji KPiR | numeracja: rozdzielna dla każdego miesiąca sumowanie: rozdzielnie dla każdego miesiąca | |
| Numeracja dokumentów | numer łamany przez miesiąc i rok | |
| Imię i nazwisko szefa | Hubert Kozak/identyfikator HK – osoba upoważniona do podpisywania dokumentów | |
| Urząd skarbowy | symbol | US |
| | nazwa | Pierwszy Urząd Skarbowy w Kaliszu |
| | kod US | 3007 |
| | adres | ul. Wrocławska 12, 62-800 Kalisz |
| | Indywidualny numer podatkowy | 79 1010 0071 2222 6181 8158 6000 Narodowy Bank Polski |
| Forma prawna | jednoosobowa działalność gospodarcza | |
| Osoba fizyczna do deklaracji/wspólnik | Hubert Kozak | |
| Typ prowadzonej działalności | pozarolnicza działalność gospodarcza | |
| Rodzaj prowadzonej działalności | handlowa | |

Dane identyfikacyjne właściciela/wspólnika

| | | |
|---|--|-----------------------|
| Dane identyfikacyjne właściciela | imię i nazwisko | Hubert Kozak |
| | data i miejsce urodzenia | 04.10.1979 r., Kalisz |
| | PESEL | 79100414219 |
| | NIP | 6181815860 |
| Adres zameldowania/zamieszkania | ul. Wiosenna 5, 62-800 Kalisz | |
| Gmina/Powiat/Poczta | Kalisz | |
| Województwo | wielkopolskie | |
| Udział w firmie | 100,00% | |
| Urząd skarbowy | Pierwszy Urząd Skarbowy w Kaliszu | |
| Naliczanie składek na ubezpieczenia z parametrów podmiotu | Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej przedsiębiorca opłaca za siebie składkę na ubezpieczenie zdrowotne i składki na ubezpieczenia społeczne, w tym składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. | |
| Sposób rozliczania PIT | podatek progresywny, zaliczka wpłacana miesięcznie | |
| Kod tytułu ubezpieczenia | 05 10 0 0 | |
| Deklaracje ZUS | ZUS RCA | |

Pracę z programem kadrowo-płacowym rozpocznij od:

- ustawienia parametrów płacowych i ubezpieczeniowych

| | |
|-------------------------------|------------------------------|
| Rok rozpoczęcia pracy | 2021 |
| Miesiąc pierwszej wypłaty | Grudzień 2021 r. |
| Zasiłki wypłacane przez | ZUS |
| Dzień przekazania składek ZUS | 15 dzień następnego miesiąca |

- wprowadzenia danych Alicji Krakowskiej do ewidencji osobowej.

Dane pracownicy potrzebne do sporządzenia ewidencji osobowej, umowy o pracę, polecenia przelewu i listy płac

| | | |
|--|-------------|---|
| Imię i nazwisko | | Alicja Krakowska |
| PESEL | | 83070204824 |
| Data i miejsce urodzenia | | 02.07.1983 r., Kalisz |
| Imiona rodziców | | Arkadiusz ,Sylwia |
| Adres zameldowania/zamieszkania | | ul. Górnośląska 53, 62-800 Kalisz |
| Gmina/Powiat | | Kalisz |
| Rachunek bankowy | numer konta | 88 1140 1993 0893 4303 2522 5244 |
| | nazwa banku | mBank SA O. Korporacyjny Kalisz |
| Urząd Skarbowy | | Pierwszy Urząd Skarbowy w Kaliszu |
| Oddział NFZ | | 15R wielkopolski |
| Data przystąpienia do NFZ | | 01.12.2021 |
| Zestaw płacowy | | Administracja |
| Data zawarcia umowy o pracę | | 30.11.2021 r. |
| Dzień rozpoczęcia pracy | | 01.12.2021 r. |
| Rodzaj umowy | | umowa o pracę na czas określony od 01.12.2021 r. do 30.06.2022 r. |
| Dział | | Administracja |
| Stanowisko | | Specjalista do spraw sprzedaży |
| Czas pracy | | 1/1 (pełen etat) |
| Składniki wynagrodzenia | | podstawa miesięczna 3 800,00 zł premia uznaniowa 100,00 zł |
| Kod tytułu ubezpieczenia | | 01 10 0 0 |
| Generowany raport | | ZUS RCA |
| Koszty uzyskania przychodu | | 250,00 zł |
| Uprawnienie do ulgi podatkowej | | pracownik złożył pracodawcy oświadczenie PIT-2 |
| Składki na FEP i PPK | | nie są opłacane |
| Kod wykonywania zawodu | | 243305 |
| Data sporządzenia listy płac i wypłaty wynagrodzenia | | 31.12.2021 r. |

Składki na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP i FS, FGŚP w 2021 r.

| Rodzaj składki | | emerytalna | rentowa | chorobowa | wypadkowa | zdrowotna | FP i FS | FGŚP |
|---------------------------|------------|------------|---------|-----------|-----------|-----------|---------|-------|
| Składki finansowane przez | pracownika | 9,76% | 1,5% | 2,45% | – | 9% | – | – |
| | pracodawcę | 9,76% | 6,5% | – | 1,67% | – | 2,45% | 0,10% |

Dokumenty księgowe z grudnia 2021 r.

| FAKTURA NR 587/2021 | | | | Poznań, dnia 06.12.2021 | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|------|-------|--|----|---------------|-----------|-------------|------------|-----------|----------------|-----------|-------|----|
| | | | | Data dokonania lub zakończenia dostawy towarów lub wykonania usługi: 06.12.2021 | | | | | | | | | | |
| Sprzedawca ABC Foto sp. z o.o. ul. Józefa Łukaszewicza 9, 60-726 Poznań NIP 7820032965 | | | | Nabywca ZENIT Hubert Kozak ul. Niecała 6, 62-800 Kalisz NIP 6181815860 | | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa towaru lub usługi | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | | Wartość netto | | Podatek VAT | | | Wartość brutto | | | |
| | | | | zł | gr | zł | gr | stawka % | kwota | | zł | gr | | |
| 1. | Aparat kompaktowy FITO | szt. | 3 | 250 | 00 | 750 | 00 | 23 | 172 | 50 | 922 | 50 | | |
| 2. | Wywoływacz MISAKI | szt. | 8 | 70 | 00 | 560 | 00 | 23 | 128 | 80 | 688 | 80 | | |
| Sposób zapłaty: zapłacono gotówką Do zapłaty złotych: 1 611,30 Słownie złotych: jeden tysiąc sześćset jedenaście 30/100 | | | | RAZEM: | | 1 310 | 00 | X | 301 | 30 | 1 611 | 30 | | |
| | | | | W tym: | | | | zw. | | | | | | |
| | | | | | | | | 1 310 | 00 | 23 | 301 | 30 | 1 611 | 30 |
| | | | | | | | | | | 8 | | | | |
| | | | | | | | | | | 5 | | | | |
| | | | | | | 0 | | | | | | | | |
| Wystawiła: <i>Patrycja Kufel</i> | | | | | | | | | | | | | | |

| FAKTURA NR 2560/2021 | | | | Poznań, dnia 06.12.2021 | | | | | | | | | | |
|---|---|------|-------|--|----|---------------|-----------|-------------|-----------|-----------|----------------|-----------|----|----|
| | | | | Data dokonania lub zakończenia dostawy towarów lub wykonania usługi: 06.12.2021 | | | | | | | | | | |
| Sprzedawca Usługi Kurierskie sp. z o.o. ul. Gronowa 20, 61-655 Poznań NIP 2090001440 | | | | Nabywca ZENIT Hubert Kozak ul. Niecała 6, 62-800 Kalisz NIP 6181815860 | | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa towaru lub usługi | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | | Wartość netto | | Podatek VAT | | | Wartość brutto | | | |
| | | | | zł | gr | zł | gr | stawka % | kwota | | zł | gr | | |
| 1. | Transport zakupionych towarów fotograficznych | szt. | 1 | 50 | 00 | 50 | 00 | 23 | 11 | 50 | 61 | 50 | | |
| Sposób zapłaty: zapłacono gotówką Do zapłaty złotych: 61,50 Słownie złotych: sześćdziesiąt jeden 50/100 | | | | RAZEM: | | 50 | 00 | X | 11 | 50 | 61 | 50 | | |
| | | | | W tym: | | | | zw. | | | | | | |
| | | | | | | | | 50 | 00 | 23 | 11 | 50 | 61 | 50 |
| | | | | | | | | | | 8 | | | | |
| | | | | | | | | | | 5 | | | | |
| | | | | | | 0 | | | | | | | | |
| Wystawił: <i>Marcel Wołyński</i> | | | | | | | | | | | | | | |

| FAKTURA NR 1/12/2021 | | | | Kalisz, dnia 20.12.2021 | | | | | | | | |
|--|-------------------------|------|-------|---|---------------|---------------|----------|--------------|-----------|---------------|----------------|----|
| | | | | Data dokonania lub zakończenia dostawy towarów lub wykonania usługi: 20.12.2021 | | | | | | | | |
| Sprzedawca ZENIT Hubert Kozak ul. Niecała 6, 62-800 Kalisz NIP 6181815860 | | | | Nabywca Studio Fotograficzne sp. z o.o. ul. Akacyjowa 9, 62-800 Kalisz NIP 7790006399 | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa towaru lub usługi | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | | Wartość netto | | Podatek VAT | | | Wartość brutto | |
| | | | | zł | gr | zł | gr | stawka % | kwota | | zł | gr |
| 1. | Lustrzanka NIKON D500 | szt. | 2 | 6 000 | 00 | 12 000 | 00 | 23 | 2 760 | 00 | 14 760 | 00 |
| Sposób zapłaty: przelew 14 dni 10 1140 1993 0000 5502 3500 1055 mBank SA O. Korporacyjny Kalisz | | | | RAZEM: | 12 000 | 00 | X | 2 760 | 00 | 14 760 | 00 | |
| Do zapłaty złotych: 14 760,00 Słownie złotych: czternaście tysięcy siedemset sześćdziesiąt 00/100 | | | | W tym: | | | zw. | | | | | |
| | | | | | | | 23 | 2 760 | 00 | 14 760 | 00 | |
| | | | | | | | 8 | | | | | |
| | | | | | | | 5 | | | | | |
| | | | | | | | 0 | | | | | |
| Wystawił: <i>Hubert Kozak</i> | | | | | | | | | | | | |

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie będzie podlegać 6 rezultatów:

- *Umowa o pracę* nr 1/12/2021 dla Alicji Krakowskiej – wydruk,
- *Formularz ZUS ZUA Zgłoszenie do ubezpieczeń* – w arkuszu egzaminacyjnym,
- *Lista płac* nr 1/12/2021 za grudzień 2021 r. dla Alicji Krakowskiej – wydruk (w programie *Symfonia Kadry i Płace* – lista płac rozbudowana, a w programie *Optima* – lista płac szczegółowa),
- *Polecenie przelewu* wynagrodzenia za grudzień 2021 r dla Alicji Krakowskiej. – wydruk,
- *DW – Dowód wewnętrzny* nr 1/12/2021 – wydruk,
- *Podatkowa księga przychodów i rozchodów* za grudzień 2021 r. – wydruk.

Formularz ZUS ZUA do wypełnienia w arkuszu egzaminacyjnym

PLATNIK WYPELNIŁA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

| | | | | |
|--|---------|--|---|---|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS ZUA | strona: 1 | ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ | |
| I. DANE ORGANIZACYJNE | | | | |
| 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X) | | 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾ | | |
| 03. Data nadania (dd / mm / rrrr) | | 04. Nalepka „R” | | |
| II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK | | | | |
| 01. Numer NIP (wpisać bez kresek) | | 02. Numer REGON | | |
| 03. Numer PESEL ²⁾ | | 05. Seria i numer dokumentu | | |
| 06. Nazwa skrócona | | 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, <input type="checkbox"/> jeśli paszport - 2 <input type="checkbox"/> | | |
| 07. Nazwisko | | | | |
| 08. Imię pierwsze | | | | |
| 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) | | | | |
| III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ | | | | |
| 01. Numer PESEL ²⁾ | | 02. | | 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) |
| 05. Nazwisko | | 04. Seria i numer dokumentu | | |
| 06. Imię pierwsze | | 07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) | | |
| IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ | | | | |
| 01. Imię drugie | | | | |
| 02. Nazwisko rodowe | | | | |
| 03. Obywatelstwo | | | | |
| 04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna) | | | | |
| V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA | | | | |
| 01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾ | | | | |
| VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH | | | | |
| 01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr) | | Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu) | | |
| | | 02. Emerytalnemu <input type="checkbox"/> | 04. Chorobowemu <input type="checkbox"/> | |
| | | 03. Rentowym <input type="checkbox"/> | 05. Wypadkowemu <input type="checkbox"/> | |
| VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM | | | | |
| 01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) | | 02. Kod oddziału NFZ | | |
| VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH | | | | |
| Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu) | | | | |
| 01. Emerytalnym <input type="checkbox"/> | | 03. Rentowymi <input type="checkbox"/> | | 05. Chorobowym <input type="checkbox"/> |
| 02. Od dnia (dd / mm / rrrr) | | 04. Od dnia (dd / mm / rrrr) | | 06. Od dnia (dd / mm / rrrr) |
| IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM | | | | |
| 01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) | | 02. Kod oddziału NFZ | | |
| X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ | | | | |
| 01. Kod wykonywanego zawodu ⁴⁾ | | 02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾ | | 03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾ (dd / mm / rrrr) |

XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

| | |
|-----------------------|--|
| 01. Kod pocztowy | 02. Miejscowość |
| 03. Gmina / Dzielnica | |
| 04. Ulica | |
| 05. Numer domu | 06. Numer lokalu |
| 07. Numer telefonu | 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski) |

XII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

| | |
|-----------------------|--|
| 01. Kod pocztowy | 02. Miejscowość |
| 03. Gmina / Dzielnica | |
| 04. Ulica | |
| 05. Numer domu | 06. Numer lokalu |
| 07. Numer telefonu | 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski) |

XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

| | |
|--|--------------------|
| 01. Kod pocztowy | 02. Miejscowość |
| 03. Ulica | |
| 04. Numer domu | 05. Numer lokalu |
| 06. Skrytka pocztowa | 07. Numer telefonu |
| 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski) | |
| 09. Adres poczty elektronicznej | |

XIV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika składek

XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XVI. ADNOTACJE ZUS

1) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.

2) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

3) Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

4) Należy wpisać, kod wykonywanego zawodu. Kod zawodu stanowi sześciocyfrowy numer określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

5) Pola te wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed dnia 1 stycznia 2009 r.

Wypełnia zdający

Do arkusza egzaminacyjnego dołączam wydruki w liczbie: kartek – czystopisu i kartek – brudnopisu.

Wypełnia Przewodniczący ZN

Potwierdzam dołączenie przez zdającego do arkusza egzaminacyjnego wydruków w liczbie kartek łącznie.

.....
Czytelny podpis Przewodniczącego ZN