**Č E S T N É V Y H L Á S E N I E**

# fyzickej osoby k existencii oprávnenia\* na vykonávanie činnosti vydaného podľa osobitného predpisu na účely zániku

**povinného nemocenského poistenia a povinného dôchodkového poistenia SZČO**

Meno a priezvisko, titul:....................................................................................................................................

Rodné číslo: ..............................................................................................................................................

Variabilný symbol: .....................................................................................................................................

Miestne príslušná pobočka SZČO: ......................................................................................................................

Adresa trvalého pobytu:.............................................................................................................................

Email/číslo telefónu:.................................................................................................................................

Ako fyzická osoba mám oprávnenie\* podľa osobitného predpisu, na základe ktorého som oprávnená(ý) vykonávať zárobkovú činnosť podľa § 3 ods. 1 písm. b) a ods. 2 a 3 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnom poistení“)

# od ............................................ .

**Oprávnenie\* č..................................................dňa............................................vydal:**

................................................................................................................................................................. .

*názov, sídlo orgánu/inštitúcie*

**Týmto čestne vyhlasujem, že** uvedené oprávnenie\* som povinná(ý) mať na výkon činnosti v mene právnickej osoby ako jej spoločník\*\* konateľ\*\* [bez práva na príjem zo závislej činnosti podľa § 5 ods. 1 písm. a) až h) a m) zákona č. 595/2003 Z. z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o dani z príjmov“)]:

Názov právnickej osoby \*\*\*........................................................................................................

Sídlo právnickej osoby\*\*\*.........................................................................

IČO \*\*\*..............................................................................................................................................................

a na jeho\* základe vykonávam činnosť **v ý l u č n e** v tomto právnom vzťahu **odo dňa ............................ .**

# Od tohto dňa nevykonám na základe uvedeného oprávnenia\* činnosť samostatne ako samostatne zárobkovo činná osoba (SZČO) a nedosahujem príjmy podľa § 6 ods. 1 a 2 zákona o dani z príjmov.

**Zároveň čestne vyhlasujem, že:**

* žiadne iné oprávnenie na vykonávanie zárobkovej činnosti podľa § 3 ods. 1 písm. b) a ods. 2 a 3 zákona o sociálnom poistení k dnešnému dňu nemám, resp. nemám platné a účinné,
* nie som fyzickou osobou vykonávajúcou činnosť bez oprávnenia,
* zmenu skutočností týkajúcich sa formy výkonu činnosti na základe oprávnenia\* oznámim do ôsmich dní od tejto zmeny,
* uvedené údaje sú pravdivé, som si vedomá(ý) skutočnosti, že nepravdivé čestné vyhlásenie zakladá skutkovú podstatu priestupku podľa § 21 ods. 1 písm. f) zákona Slovenskej národnej rady č. 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších predpisov.

Súhlasím, aby údaje uvedené vo formulári boli použité a spracované v informačnom systéme Sociálnej poisťovne v súlade s účelom, pre ktorý boli poskytnuté podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

................................. ................................................

dátum vlastnoručný podpis

*\* text primerane upraviť, ak sa uvedené týka viac ako jedného oprávnenia (konateľa/spoločníka -bez nároku na príjem )*

*\*\* vyberie sa aktuálna skutočnosť*

*\*\*\* text primerane upraviť, ak sa uvedené týka viac ako jednej právnickej osoby*

***Doložka o osvedčení pravosti podpisu pred zamestnancom Sociálnej poisťovne:***

Vyhlásenie bolo vlastnoručne podpísané pred zamestnancom Sociálnej poisťovne, pobočka

....................................................:

Meno a priezvisko zamestnanca: ..........................................................

Pracovné zaradenie:..............................................................................

Dátum: ..................................................................................................

Podpis zamestnanca:.............................................................................

Doložka o osvedčení pravosti podpisu pred zamestnancom Sociálnej poisťovne sa nevyžaduje v prípade, ak pravosť podpisu fyzickej osoby je na tomto vyhlásení osvedčený pred notárom alebo pred zamestnancom matriky osvedčovacou doložkou.

**P o u č e n i e**

# *Z*árobková činnosť uvedená v § 3 ods. 1 písm. b) a ods. 2 a 3 zákona o sociálnom poistení je činnosť, ktorá zakladá dosahovanie:

* príjmu z podnikania a z inej samostatnej zárobkovej činnosti podľa § 6 ods. 1 a 2 zákona o dani z príjmov,
* príjmu z podnikania a z inej samostatnej zárobkovej činnosti, ktorý nepodlieha dani z príjmov podľa zákona o dani z príjmov preto, že tak ustanovujú predpisy a medzinárodné zmluvy o zamedzení dvojitého zdanenia,
* príjmu z podnikania a z inej samostatnej zárobkovej činnosti, ktorý nepodlieha dani z príjmov podľa zákona o dani z príjmov, ak na fyzickú osobu, ktorá túto zárobkovú činnosť vykonáva, sa v právnych vzťahoch sociálneho poistenia uplatňujú predpisy Slovenskej republiky podľa Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia alebo sa uplatňuje medzinárodná zmluva, ktorá má prednosť pred zákonmi Slovenskej republiky.

**Podľa § 5 zákona o sociálnom poistení v znení účinnom od 1. júla 2014** SZČO je fyzická osoba, ktorá dovŕšila 18 rokov veku a v kalendárnom roku rozhodujúcom na vznik alebo na trvanie povinného nemocenského poistenia a povinného dôchodkového poistenia SZČO dosahovala príjmy uvedené v § 3 ods. 1 písm. b) a ods. 2 a 3 zákona o sociálnom poistení.

**Fyzická osoba, ktorá vykonáva zárobkovú činnosť na základe oprávnenia vydaného podľa osobitného predpisu výlučne v právnom vzťahu, z ktorého nedosahuje príjem z podnikania alebo z inej samostatnej zárobkovej činnosti podľa § 6 ods. 1 a 2 zákona o dani z príjmov, sa nepovažuje za SZČO.** Zmena formy výkonu činnosti SZČO, ktorej oprávnenie na vykonávanie činnosti nezanikne a fyzická osoba ho potrebuje výlučne na výkon činnosti v právnom vzťahu z ktorého nedosahuje príjem z podnikania alebo z inej samostatnej zárobkovej činnosti podľa § 6 ods. 1 a 2 zákona o dani z príjmov, má na účely uplatnenia § 21 ods. 4 zákona o sociálnom poistení analogické účinky ako zánik oprávnenia.

**Podľa 21 ods. § 4 zákona o sociálnom poistení** povinné nemocenské poistenie a povinné dôchodkové poistenie SZČO, ktorá je oprávnená na výkon alebo na prevádzkovanie činnosti uvedenej v § 3 ods. 1 písm. b) a ods. 2 a 3, zaniká aj odo dňa, od ktorého nie je oprávnená na výkon alebo na prevádzkovanie tejto činnosti.

**Podľa 227 ods. 2 písm. a) zákona o sociálnom poistení** poistenec a poberateľ dávky sú povinní preukázať skutočnosti rozhodujúce na vznik, trvanie, prerušenie a na zánik sociálneho poistenia.