Toruń, dnia…………………………

**OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH**

**DOKTORANTA W SZKOLE DOKTORSKIEJ**

**DANE OSOBOWE:**

…………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………….

(nazwisko) (imię/imiona)

………………………………………… ………………………………………………………….. ………………………………………………….

PESEL/Paszport(obcokrajowcy) seria i nr dowodu osobistego (telefon kontaktowy)

……………………………………………………………………………… …………………………………………………. …………..………………………………

(nazwa szkoły doktorskiej ) (tytuł naukowy/zawodowy) (planowany koniec studiów-rok)

**ADRES ZAMIESZKANIA:**

…………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………

(ulica, nr domu, nr lokalu) ( kod pocztowy, miejscowość)

….…………………………………………………………… ………………………………………………………………………..

(gmina, powiat) ( województwo)

**ADRES DO KORESPONDENCJI ( GDY INNY NIŻ ZAMIESZKANIA):**

…………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………

(ulica, nr domu, nr lokalu) ( kod pocztowy, miejscowość)

….…………………………………………………………… ………………………………………………………………………..

(gmina, powiat) ( województwo)

**URZĄD SKARBOWY**

Nazwa …………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UEBZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

1.1 Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia …………………………………..

1.2 Jestem: rencistą ꙱ tak ꙱ nie

1.3 Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ꙱ tak ꙱ nie

* 1. Jeśli wpisano **TAK**, określić orzeczony stopień niepełnosprawności\*:

……………………………………………………………….

1.5 **DOTYCZY/NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)**

Oświadczam, że **MAM/NIE MAM** ukończone 26 lat i **nie jestem** objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu:

**-** stosunku pracy

**-** jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego opłacana jest składka (np. rodzica lub współmałżonka)

**-** umowy zlecenie

**-** pobierania świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego

**-** pobierania stypendium sportowego

**-** pobierania renty socjalnej, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej

**-** pobierania świadczeń alimentacyjnych

**-** posiadania statusu osoby bezrobotnej

**-** jako rolnik lub pracujący domownik rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników

**-** pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

1.6 **DOTYCZY/NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)**

Oświadczam, że zgłaszani przeze mnie następujący członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu ( jednego z wymienionych w pkt. 1.5), ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko | Imię | PESEL | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Adres zamieszkania | | | | | Niepełnosprawność(stopień)\* | Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym |
| Ulica | Nr domu | Nr lok. | Kod poczt. | Miejscowość |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |

1. **OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO**

**WNOSZĘ/NIE WNOSZĘ** **(niewłaściwe przekreślić)** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

1. **OŚWIADCZENIE DLA CELÓW ODPROWADZENIA SKŁADEK NA FUNDUSZ PRACY**

Oświadczam, że w przypadku kiedy zawrę inną umowę, która stanowiłaby tytuł do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, a suma brutto moich wynagrodzeń od innych pracodawców lub zleceniodawców przekroczy kwotę brutto minimalnego wynagrodzenia zobowiązuję się o tym niezwłocznie poinformować Uczelnię celem naliczenia i odprowadzenia od mojego stypendium należnych składek na Fundusz Pracy.

Oświadczam, że :

1. zapoznałem/am się z treścią Zarządzenia Nr 139 Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika z dnia 1 września 2016r.
2. powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. Zm.) za składanie fałszywych zeznań;
3. w przypadku zaistnienia którejkolwiek okoliczności wymienionej w pkt. 1.5, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię Uczelnię o tym fakcie, w terminie 7 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu;
4. w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

………………………………………………………………………………………

(czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie)

\*lekki/umiarkowany/znaczny