**OŚWIADCZENIE DO CELÓW ZŁGOSZENIA DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO/ ZMIANA DANYCH\***

**z tytułu otrzymywania stypendium doktoranckiego w Szkole Doktorskiej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie w  okresie od ………..…….20….. roku do ……………….. 20..… roku**

1. Dane osobowe:

Imię i nazwisko:...........................................................................................................................

PESEL................................................................

Adres zamieszkania: ………………….......................................................................................

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

Gmina.......................................................... województwo.......................................................

Adres korespondencyjny:……………………………………..………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu........................................ e-mail...............................................................................

1. Pozostałe dane:

Oddział NFZ: ………………………………………………………………………………….

1. Oświadczam, że jestem świadomy obowiązku zgłoszenia mnie przez *Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie* do obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego, rentowego oraz wypadkowego z tytułu otrzymywania stypendium doktoranckiego w Szkole Doktorskiej.
2. Wnioskuję o dobrowolne objęcie mnie ubezpieczeniem chorobowym **TAK / NIE****\*.**
3. **Nie posiadam** prawa do emerytury**/ Posiadam** prawo do emerytury**\***.
4. **Nie posiadam** prawa do renty/**Posiadam** prawo do renty**\***.
5. **Nie posiadam** ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ **Posiadam** ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w stopniu **lekkim /umiarkowanym/znacznym\***.
6. Ustalenie prawa do ubezpieczenia zdrowotnego:
7. **Nie podlegam/podlegam** ubezpieczeniu, jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka**\*.**
8. **Nie pracuję** (nie jestem pracownikiem)/**Pracuję** (jestem pracownikiem) **\*.**
9. **Nie jestem/jestem** zatrudniony na umowę zlecenie**\***.
10. **Nie jestem/jestem** osobą wykonującą pracę nakładczą**\***.
11. **Nie prowadzę/prowadzę** działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym ani  nie jestem osobą współpracującą z osobą prowadzącą działalność gospodarczą**\***.
12. **Nie jestem/jestem** rolnikiem ani/lub domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników**\***.
13. **Nie jestem/jestem** członkiem rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych ani/lub członkiem ich rodzin**\***.
14. **Nie pobieram / pobieram** świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego**\***.
15. **Nie jestem/jestem** osobą bezrobotną, zarejestrowaną w Urzędzie Pracy**\***.
16. **Nie pobieram/ pobieram** zasiłku stałego z pomocy społecznej**\***.
17. **Nie pobieram/pobieram** specjalnego zasiłku opiekuńczego lub dodatku do zasiłku rodzinnego przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych**\*.**
18. **Nie pobieram/pobieram** świadczenia pielęgnacyjnego przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych**\*.**
19. **Nie jestem/jestem** uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych**\***.
20. **Nie podlegam/podlegam** obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity - Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 ze zm.)**\***.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku:

-zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego,

-zaistnienia którejkolwiek z wyżej wymienionych okoliczności, a tym samym powstania innego tytułu do  ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię Biuro Szkoły Doktorskiej o tym fakcie w terminie do 2 dni od jej powstania, pod rygorem odpowiedzialności karnej.

Potwierdzam, że treść niniejszego oświadczenia jest zgodna ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych danych lub zatajenia prawdy.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie przez UWM w Olsztynie danych zawartych w treści tego oświadczenia do celów ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

Upoważniam pracownika UWM w Olsztynie do podpisania w moim imieniu dokumentów zgłoszeniowych przekazywanych do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

***\* niepotrzebne skreślić***

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

okres ubezpieczenia miejscowość i data

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

(data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie) (czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)