**Dane osobowe: Adres zamieszkania (w Polsce):**

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

nazwisko i imię województwo

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

nr albumu kod pocztowy, miejscowość

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

rok, dyscyplina ulica, nr domu, nr lokalu

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

nr konta **w polskim** banku w PLN

# **OŚWIADCZENIE DOKTORANTA DLA CELU WYPŁATY STYPENDIUM DOKTORANCKIEGO** **I ZGŁOSZENIA/ZMIANY ZGŁOSZENIA\*\*** **DO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO**

**Oświadczam, że:**

* nie posiadam / posiadam\* stopnia doktora
* nie mam / mam / nie miałem / miałem\* statusu doktoranta w żadnej innej szkole doktorskiej*– jeśli tak, podać nazwę szkoły oraz okres kształcenia - od ………………do…………………,*
* nie jestem / jestem / nie byłem / byłem\* uczestnikiem studiów doktoranckich *– jeśli tak, podać nazwę studiów ………………………………… oraz okres kształcenia – od ………….. do ………………..*
* nie pobieram / pobierałem już \* stypendium doktoranckiego– *jeśli tak, podać okres pobierania stypendium: od……….do ……*
* nie posiadam / posiadam \* orzeczenia o niepełnosprawności / orzeczenia o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia, o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych \*– *jeśli tak*, *proszę wskazać stopień niepełnosprawności: lekki / umiarkowany / znaczny* \* i *dołączyć potwierdzenie tego faktu*
* nie jestem / jestem \* zatrudniony jako nauczyciel akademicki / pracownik naukowy \* w grancie / poza grantem \*
* nie mam / mam \* ustalonego prawa do emerytury / renty z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy / renty rodzinnej \*
* jestem obywatelem Polski / kraju UE / kraju spoza UE \* *– w dwóch ostatnich przypadkach podać kraj …………………*
* jestem zatrudniony w firmie *- podać nazwę i adres firmy* ................................................................................................................................,

na pełen etat*,* na stanowisku - *podać nazwę* *stanowiska* ...............................................*,* aopiekunem pomocniczym jest *- podać imię i nazwisko osoby*  ........................................

* nie pełnię funkcji / pełnię funkcję\*członka rady nadzorczej podmiotu współpracującego
* nie pełnię funkcji / pełnię funkcję\* członka zarządu podmiotu współpracującego
* nie jestem / jestem\* właścicielem podmiotu współpracującego
* nie jestem / jestem\* wspólnikiem w spółce cywilnej utworzonej przez podmiot współpracujący
* nie jestem / jestem\* udziałowcem posiadającym więcej niż 10% udziałów albo udziałów prowadzących do posiadania co najmniej 10% głosów w podmiocie współpracującym
* nie współpracuję / współpracuję\* z podmiotem współpracującym na podstawie umowy B2B

**Oświadczam, że** **nie przystępuję / przystępuję \* do** **dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego**.

**Oświadczam, że nie podlegam/ podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu** (*w przypadku zmiany prosimy o wskazanie daty jej zaistnienia: od ………………….*)**,** to jest:

* ze stosunku pracy, stosunku służbowego\*,
* z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej\*,
* umowy zlecenia\*.

**Oświadczam, że jestem świadomy (-ma), iż** zgłoszenie do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych wiąże się z koniecznością wypełnienia i dołączenia do niniejszego oświadczenia wypełnionych i podpisanych odpowiednich druków ZUS.

**Oświadczam, że** w przypadku jakiejkolwiek zmiany mającej wpływ na objęcie lub wyrejestrowanie mnie z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych lub zdrowotnych w niniejszym oświadczeniu, dotyczącej danych zawartych w dokumentach zgłoszeniowych do ubezpieczenia, powiadomię biuro Szkoły Doktorskiej Wdrożeniowej w nieprzekraczalnym terminie 4 dni licząc od daty zmiany, przedstawiając aktualne oświadczenie oraz dołączając do niego wypełnione i podpisane odpowiednie druki ZUS.

**Oświadczam, że** zobowiązuję się do przestrzegania ustawy PSWiN i regulaminu szkoły oraz regulacji dotyczących udziału w Programie „Doktorat wdrożeniowy”, ze szczególnym uwzględnieniem przepisów odnoszących się do obowiązków doktoranta, w tym do natychmiastowego poinformowania Biura Szkoły o wszelkich zmianach dotyczących moich danych osobowych, adresowych i identyfikacyjnych, zmianach danych dotyczących mojego zatrudnienia, w tym zmiany: firmy, wymiaru zatrudnienia, stanowiska, zmiany nazwy i danych adresowych firmy, zmiany zgłoszonego opiekuna pomocniczego, rozwiązania umowy o pracę.

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

Gdańsk, ..........................

Data

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

czytelny podpis składającego oświadczenie

\*niepotrzebne skreślić

*\*\** W przypadku zmiany danych prosimy wypełnić tylko pozycje, które tym zmianom uległy.

Załączniki

**ZUS ZUA** Zgłoszenie do ubezpieczeń/zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej

ZUS ZZA Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/zgłoszenie zmiany danych

ZUS ZIUA Zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych dotyczących danych osobowych

ZUS ZWUA Wyrejestrowanie z ubezpieczeń

==================================================================

*Wypełnia Biuro Szkoły Wdrożeniowej:*

Doktorantowi **przysługuje / nie przysługuje** \* w roku akademickim ……………… stypendium doktoranckie w Szkole Doktorskiej Wdrożeniowej na Politechnice Gdańskiej w kwocie …………….. PLN brutto.

Doktorant **podlega** ubezpieczeniom społecznym.

Doktorant **nie podlega** **na PG** ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Doktorant **nie wyraził chęci / wyraził chęć** \* przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Kod tytułu ubezpieczenia: 18 \_\_\_ \_\_ \_\_

**18 12** X Y - doktorant, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu

**18 13** X Y - doktorant, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym, niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu.

