załącznik nr 5 do Uchwały nr 1/2025 Senatu UPJPII

z dnia 27 stycznia 2025 r.

# Oświadczenie doktoranta w szkole doktorskiej

**Nazwisko:** …………..……. **Imiona**: (wg dowodu osobistego) ………..………………...……

**Data urodzenia:** ………………………..…. **Pesel** …………………………………………

# Adres zameldowania:

kod pocztowy ……………………………………………………………..………………..

poczta ………………………………………………………………………………………

miejscowość ………………………………….……………………….……………………

gmina ……………………………………………………..………………………………..

powiat ……………………………………………….……………………………………..

województwo ………………………………………………………………………………

ulica ……………….……..…………… nr domu …………….. nr lokalu ………….…….

# Adres zamieszkania /wpisać jeśli jest inny niż inny adres zameldowania na stałe/:

kod pocztowy ……………………………………………………………..………………..

poczta ………………………………………………………………………………………

miejscowość ………………………………….…….………………………………………

gmina ………………………………………………………..……………………………..

powiat ………………………………………………….…………………………………..

województwo ………………………………………………………………………………

ulica ……………….……..…………… nr domu …………….. nr lokalu ……………….

**Obywatelstwo:** …………………..…………

# Oddział NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia):

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

**Nr konta bankowego:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P | L |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że:

(oświadczenie należy uzupełnić poprzez zaznaczenie w każdym pkt. 1-7, X w polu, gdzie dotyczy)

1. Posiadam stopień doktora:

|  |  |
| --- | --- |
|  | TAK |
|  | NIE |

1. Jestem doktorantką/ doktorantem, którego kształcenie w szkole doktorskiej wiąże się  
    z obowiązkiem zatrudnienia na podstawie umowy o pracę w podmiocie prowadzącym szkołę doktorską z wynagrodzeniem, którego miesięczna wysokość przekracza wysokość minimalnego miesięcznego wynagrodzenia profesora:

|  |  |
| --- | --- |
|  | TAK |
|  | NIE |

1. Byłam doktorantką/ byłem doktorantem w Szkole Doktorskiej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | TAK | w okresie od………………do…………………. |
|  | NIE |  |

1. Posiadam ustalone prawo do emerytury/renty:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | TAK | decyzja ZUS z dnia ………….. świadczenie o nr………………….. |
|  | NIE |  |

1. Posiadam ustalony stopień niepełnosprawności:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TAK |  | lekki | numer orzeczenia  .……………… | orzeczenie trwałe | orzeczenie czasowe do ………… |
|  | umiarkowany | numer orzeczenia  ……………….. | orzeczenie trwałe | orzeczenie czasowe do ………… |
|  | znaczny | numer orzeczenia  ……………… | orzeczenie trwałe | orzeczenie czasowe do ………… |
|  | NIE |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | NIE WNOSZĘ | |
| o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym, ponieważ POSIADAM niżej zaznaczony tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego: | | | | | |
|  | | Podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę (np. rodzica, współmałżonka); | | | |
|  | | Jestem osobą duchowną i podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu; | | | |
|  | | Jestem zatrudniona/ zatrudniony na podstawie umowę o pracę lub równorzędnej; | | | |
|  | | Jestem zatrudniona/ zatrudniony na podstawie umowy zlecenia; | | | |
|  | | Pobieram rentę socjalną, zasiłek stałego lub zasiłek okresowy z pomocy społecznej; | | | |
|  | | Pobieram świadczenie rehabilitacyjne/ zasiłek rehabilitacyjny; | | | |
|  | | Jestem zarejestrowana(y) w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna(y); | | | |
|  | | Prowadzę działalność gospodarczą objętą ubezpieczeniem społecznym; | | | |
|  | | Przebywam na urlopie wychowawczym; | | | |
|  | | Jestem rolniczką /rolnikiem lub ich domownikiem w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników; | | | |
|  | | 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. | | | |
|  | | TAK WNOSZĘ | | |
| o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym, ponieważ NIE POSIADAM tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego (art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), | | | | | |
| oraz o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym dziecka/małżonka/wstępnych pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym: | | | | | |
|  | TAK | | ………………………………………………………………………………………………..  imię nazwisko, data urodzenia /Pesel, stopień pokrewieństwa) | | |
|  | NIE | |  | | |

1. Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w wysokości 2,45% podstawy wymiaru składki potrącanej z mojego stypendium doktoranckiego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | TAK | od dnia…………………………….(w przypadku gdy nie jest to pierwsze oświadczenie składane przez doktoranta w Szkole Doktorskiej na I roku, objęcie ubezpieczeniem może nastąpić od miesiąca następującego po dacie złożenia oświadczenia). |
|  | NIE |  |

# Potwierdzam, że złożone powyżej oświadczenie jest zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych danych.

Oświadczam, że o wszystkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia poinformuję Dział Spraw Studenckich w terminie 3 dni od momentu zaistnienia tych zmian.

# Upoważniam płatnika UPJPII do podpisu wydruku komputerowego formularza ZUS ZUA z powyższymi danymi.

Za skutki błędnego oświadczenia skutkujące koniecznością zapłaty składek ZUS poniosę pełną odpowiedzialność i będę płacił/a należne zobowiązania wraz z odsetkami.

……………………………………..… ………………………………..

*data złażenia oświadczenia czytelny podpis*