**OŚWIADCZENIE DO CELÓW UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**UCZESTNIKA SZKOŁY DOKTORSKIEJ**

**1. Dane personalne:**

Nazwisko………………………………………………………………………………………………………………………..

Imię//Imiona .……………..……………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia………….……………………………………………………………………………………………………….

Obywatelstwo...............................................................................................................................................................................

PESEL…………………………………….. ……………………………………………………………………………………

Adres e-mail……………………………………………………………………………………………………………………..

Numer telefonu………………………………………………………………………………………………………………….

**2. Dane kontaktowe**

**Adres zamieszkania:** Miejscowość…………………………………..…. Ulica ……………………………………………

Nr domu …………. Nr mieszkania ………….… Kod pocztowy………………… Poczta………………………………… Gmina………..………………….………………..……. Powiat……………….…………………………………...……….. Województwo….……….……………………………… Kraj ………….…….......................................................................

**Adres korespondencyjny:** Miejscowość…………………………………..Ulica …………………………………………

Nr domu …………. Nr mieszkania ………….… Kod pocztowy………………… Poczta………………………………… Gmina………..………………….………………..……. Powiat……………….…………………………………...……….. Województwo….……….……………………………… Kraj ………….…….......................................................................

**3. Oświadczenie do celów ubezpieczenia społecznego**

1. Jestem\* - nie jestem\* uprawniony do renty inwalidzkiej, emerytury nr……………………………………………………………………………………….…….……………………….
2. Posiadam\*-nie posiadam\*orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

3. Jestem\* - nie jestem\* zatrudniony na podstawie umowy zlecenie zawartej od………………....…do…………….

1. Jestem\* - nie jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę zawartej od………………....…do……………….
2. Prowadzę\* – nie prowadzę\* działalność gospodarczą i z tego tytułu odprowadzam:
3. Składki społeczne w pełnej wysokości;
4. Składki społeczne w preferencyjnej wysokości;
5. Składki zdrowotne.

 6. Podlegam\*-nie podlegam\* ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

 7. Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w wysokości 2,45 % podstawy wymiaru składki

 potrącanej z mojego stypendium doktoranckiego wypłacanego przez Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, z tytułu

 bycia doktorantem w szkole doktorskiej, przez cały okres pobierania stypendium, od dnia …………………………

1. ***O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić pisemnie Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie w terminie do 7 dni od daty powstania zmiany.***

**4. Proszę o przekazywanie mojego stypendium na rachunek bankowy nr:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………..…………………

  Data i podpis

*\* niepotrzebne skreślić*

**Klauzula informacyjna:**

Administratorem Danych Osobowych jest Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie z siedzibą przy ul. Akademickiej 13, 20- 950 Lublin.

Dane osobowe Pani/ Pana przetwarzane są przez ADO w celu realizacji umowy zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

 Pani/ Pan ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania. Dane osobowe przekazane Uniwersytetowi Przyrodniczemu w Lublinie nie są udostępniane, sprzedawane ani użyczane innym podmiotom chyba, że dzieje się to w przypadku: wyraźnej zgody osoby, której dane dotyczą lub przekazania danych uprawnionym organom na podstawie przepisów prawa.
Pani/ Pan ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących jego osoby narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.

Zgoda:

Potwierdzam prawdziwość moich danych osobowych i zgadzam się na ich przetwarzanie przez Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie dla celów związanych z realizacją umowy - zgodnie z przepisami Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

 ……………………………….

#  *Data i podpis*