

OŚWIADCZENIE DOKTORANTA
(dla Działu Plac)

Nazwisko Nazwisko rodowe.....
imię/imiona.....
Data urodzenia Nr telefonu..... e-mail.....
PESEL NIP.....
Moim identyfikatorem podatkowym jest PESEL / NIP*:
Urząd Skarbowy
Obywatelstwo Paszport nr.....
(dotyczy obcokrajowców)

Jestem rezydentem (nieograniczony obowiązek podatkowy) / nierezydentem (ograniczony obowiązek podatkowy) *

Adres zamieszkania

Miejscowość Ulica
Nr domu/mieszkania Kod pocztowy
Pocztą Gmina.....
Powiat Województwo.....

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Miejscowość Ulica
Nr domu/mieszkania Kod pocztowy
Pocztą Gmina.....
Powiat Województwo.....

Stypendium doktoranckie proszę wypłacać na konto bankowe:

nr

Oświadczam, że:

1. jestem objęty ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym lub ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu:
 - Stosunku pracy : TAK / NIE *
 - przebywam na urlopie bezpłatnym : TAK / NIE *
 - Jeśli tak proszę podać okres: od do.....
 - Umowy zlecenia : TAK / NIE *
 - Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej : TAK / NIE *
 - Jako członek rodziny ubezpieczonego (rodzica lub współmałżonka) : TAK / NIE *
 - Z innego tytułu TAK / NIE *
 - Jeśli tak podać tytuł
2. Jestem zatrudniony w Uniwersytecie Jana Kochanowskiego: TAK / NIE *
3. Jestem emerytem/rencistą: TAK / NIE *

(nr świadczenia; kto wypłaca)

Jeśli TAK: Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym, rentowym: TAK / NIE*

4. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności: TAK /NIE*

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

(proszę podać stopień niepełnosprawności, okres obowiązywania)

5. Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym: TAK / NIE*

6. Właściwy Oddział NFZ:

.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem rzeczywistym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 247 § 1 Kodeksu Karnego, a o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia zobowiązuję się powiadomić płatnika na piśmie przed terminem wypłaty wynagrodzenia wynikającego z umowy. W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

.....

(data i podpis składającego oświadczenie)

* niepotrzebne skreślić