

OŚWIADCZENIE W CELU USTALENIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ do ZUS

1. Dane osobowe

Nazwisko Nazwisko rodowe

IMIE : 1. IMIE 2.

Data i miejsce urodzenia NR PESEL

OBYWATELSTWO

2. Adres zamieszkania

gmina/dzielnica województwo powiat

ulica nr domu nr mieszkania kod pocztowy

miescowosc/poczt numer telefonu.....

3. Dane adresowe do zgłoszenia w ZUS (podać jeśli adres jest inny niż adres zamieszkania)

gmina/dzielnica województwo powiat

ulica nr domu nr mieszkania kod pocztowy

miescowosc/poczt

4. Adres korespondencyjny (podać jeśli adres jest inny niż powyższe)

gmina/dzielnica województwo powiat

ulica nr domu nr mieszkania kod pocztowy

miescowosc/poczt

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.....

5. Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

Stopień niepełnosprawności: TAK NIE jaki

Okres (od do) na jaki orzeczony został stopień niepełnosprawności

☐WNOSZE/ NIE WNOSZE o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

☐ WNOSZE/ NIE WNOSZE o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego (rodzica lub współmałżonka),
- 2) nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym,
- 3) nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie,
- 4) nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
- 5) nie otrzymuję zasiłku stałego z pomocy społecznej,
- 6) nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
- 7) nie jestem osobą bezrobotną,
- 8) nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- 9) nie 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 2008 r. Nr 164, poz. 1027).

W przypadku zaistnienia którejkolwiek z wymienionych okoliczności, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązuję się do powiadomienia Uczelni (Sekretariatu Studium Doktoranckiego) o tym fakcie w terminie 7 dni od daty jego powstania, pod rygorem poniesienia odpowiedzialności z tego tytułu.

Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego (np. zmiana nazwiska, zmiana adresu zamieszkania) poinformuję Sekretariat Studium Doktoranckiego o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę

.....
(inne okoliczności mające wpływ na ubezpieczenia w ZUS)

.....
(data, podpis)

Jednocześnie oświadczam, że o fakcie jakiegokolwiek zmiany powyższych danych niezwłocznie poinformuję uczelnię.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne(emerytalne, rentowe finansowane ze środków ubezpieczonego i zleceniobiorcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

.....
(data, podpis)

Ponadto potwierdzam zapoznanie się z załączoną do niniejszego oświadczenia „Klauzulą informacyjną RODO”.

Klauzula informacyjna RODO

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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) – dalej: RODO, informujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu** al. Ignacego Jana Paderewskiego 35, 51-612 Wrocław NIP: 896-00-07-519, Regon: 000327860
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu zawarcia i realizacji umowy, w których stroną jest uczelnia.
3. Administrator danych gwarantuje właściwą ochronę przetwarzanych danych osobowych.
4. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych i poprawiania ich.
5. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem zgłoszenia w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń do ZUS.

.....
data

.....
Podpis Uczestnika Szkoły Doktorskiej