Nazwisko i imię:

PESEL:

Rok akademicki:

**OŚWIADCZENIE DOKTORANTA**

Szkoły Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej

w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu otrzymywanego stypendium doktoranckiego, o którym mowa w art. 209 ustawy z dnia 20 lipca 2018 Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2023 poz. 742 ze zm.).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oświadczam, że:** *(niepotrzebne skreślić)*

1. Jestem doktorantem tylko w Szkole Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej TAK NIE

2. Posiadam stopnień naukowy doktora TAK NIE

3. Jestem emerytem/rencistą TAK NIE

4. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności TAK NIE

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

(Jeśli tak podać: stopień niepełnosprawności, okres obowiązywania orzeczonego stopnia)

1. Jestem objęty ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym lub ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu:

* Stosunku pracy TAK NIE
* Przebywam na urlopie bezpłatnym TAK NIE

(Jeśli tak podać okres: ………………………………………………………………….……………………………………….)

* Umowy zlecenia TAK NIE
* Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej TAK NIE

(opłacam pełny ZUS) TAK NIE

* Jako członek rodziny ubezpieczonego (rodzica lub współmałżonka) TAK NIE
* Z innego tytułu TAK NIE (Jeśli tak określić tytuł:………………………………………………….……………………………………………………………………..)

6. Jestem zatrudniony jako nauczyciel akademicki/pracownik badawczy: TAK NIE

(Jeśli tak podać miejsce pracy, wymiar i czas zatrudnienia:………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

7. Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym TAK NIE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić płatnika (Politechnika Koszalińska) na piśmie w terminie 5 dni kalendarzowych od wystąpienia tych zmian. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia (w przypadku ich nie zgłoszenia) zobowiązuję się pokryć z własnych środków.**

Koszalin, dnia …………………………… ……………………………………………………

(czytelny podpis doktoranta)