

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: (zaznaczyć właściwe)

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Jestem doktorantem tylko w Szkole Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej | TAK | NIE |
| 2. Posiadam stopień 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)

5. 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 w Politechnice Koszalińskiej: TAK NIE

(Jeśli tak podać stanowisko, 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)