

.....  
Miejscowość i data

**OŚWIADCZENIE**  
**O PODJĘCIU KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ**  
**POLITECHNIKI KOSZALIŃSKIEJ**

**DANE DOT. KANDYDATA:**

1. Nazwisko: .....
2. Imiona: .....
3. PESEL: .....
4. Dyscyplina w ramach której kandydat rekrutuje się do Szkoły Doktorskiej:  
.....

Oświadczam, że w roku akademickim 2020/2021:

- podejmuję kształcenie w Szkole Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej  TAK /  NIE
- rezygnuję z kształcenia w Szkole Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej  TAK /  NIE

Wybrany przeze mnie temat badawczy będę realizował/a w: .....

.....  
*Wydział / Katedra / Zakład*

Jednocześnie oświadczam, że nie podejmuję kształcenia w innej Szkole Doktorskiej.

Oświadczam także, że byłem/am\* / nie byłem/am\* doktorantem w Szkole Doktorskiej

.....  
.....  
i z tego tytułu otrzymywałem/am\* stypendium doktoranckie w okresie.....  
.....

\* - niepotrzebne skreślić

Powodem zakończenia kształcenia w Szkole Doktorskiej.....  
.....

jest .....  
.....

*O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić Dyrektora Szkoły Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej 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.*

.....  
(data i czytelny podpis kandydata)

## DANE POTRZEBNE DO ZGŁOSZENIA ZUS

1. Nazwisko: .....
2. Imię/Imiona: .....
3. Imię ojca: .....
4. Imię matki: .....
5. Miejsce urodzenia: .....
6. Data urodzenia: .....
7. Nr Pesel/NIP: .....
8. Nazwisko rodowe: .....
9. Adres zameldowania na stałe:
  - ulica, nr domu: .....
  - kod pocztowy: .....
  - miejscowość: .....
  - gmina: .....
  - województwo: .....
10. Adres zamieszkania: .....  
.....
11. Adres do korespondencji: .....  
.....
12. Adres Urzędu Skarbowego (wg miejsca zamieszkania): .....  
.....
13. Seria i numer dowodu osobistego: .....
14. Kod Oddziału NFZ: .....

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.

### **Oświadczam, że:**

1. Jestem doktorantem tylko w Szkole Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej  TAK  NIE
2. Nie posiadam stopnia naukowego 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 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 .....

.....

\* Niepotrzebne skreślić

podpis

.....  
miejsowość, data

## ZAŚWIADCZENIE

Zaświadczam, iż Pan/Pani\* -.....  
zatrudniony/a\* jest na podstawie umowy o pracę, na czas ..... w wymiarze  
..... etatu\*\* od dnia ..... do ..... na stanowisku: .....  
.....

Z tego tytułu comiesięcznie osiąga wynagrodzenie brutto powyżej minimalnego  
wynagrodzenia za pracę. Od powyższego wynagrodzenia są odprowadzane składki na  
obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

.....  
(podpis osoby upoważnionej)

\* nie potrzebne skreślić

\*\*jeśli nie pełny wymiar czasu pracy, proszę podać jaki.

Nazwisko i imię: .....

Koszalin .....

PESEL: .....

**OŚWIADCZENIE DOKTORANTA**  
**Szkoły Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej**

Bardzo proszę o wypłacanie stypendium doktoranckiego na konto bankowe:

Nazwa banku:.....

Adres banku: .....

Nr konta bankowego:.....

Imię i nazwisko właściciela rachunku: .....

.....  
*(czytelny podpis doktoranta)*