Imię i nazwisko: ……………………………………….. Kraków ………………………………….

PESEL: ………………………………………..

Dyscyplina: ………………………………………..

Wydział: ………………………………………..

**OŚWIADCZENIE**

**Doktoranta Szkoły Doktorskiej AGH**

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.

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

**Zmiana tytułu ubezpieczenia od dnia** (wskazany dzień nie może być wcześniejszy niż dzień złożenia Oświadczenia)**:** …………………………………………………………………………………………..………………………………………………..

**Oświadczam, że:**

1. Jestem emerytem/rencistą\* □ TAK NIE □

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

2. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności □ TAK NIE □

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

(Jeśli tak, podać stopień niepełnosprawności ……………………………………………)

(Jeśli tak, załączyć *Orzeczenie o niepełnosprawności*)

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 □
* Jako członek (do 26 roku życia) rodziny ubezpieczonego (rodzica lub współmałżonka) □ TAK NIE □
* Z innego tytułu □ TAK NIE □ (Jeśli tak, określić tytuł:………………………………………………………………..……………………….)

4. Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym □ TAK NIE □

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

**O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić płatnika (AGH) o tym fakcie na piśmie w terminie 5 dni 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 podpis doktoranta*

\* Niepotrzebne skreślić