

OŚWIADCZENIE DLA CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZENIOWYCH

1. DANE PERSONALNE

Nazwisko:
Imiona: 1. 2.
Imiona rodziców:
Data urodzenia: Miejsce urodzenia:
Nazwisko rodowe:
Obywatelstwo: Płeć: Kobieta / Mężczyzna
(niepotrzebne skreślić)
Nr telefonu: Adres e-mail:

2. DANE IDENTYFIKACYJNE

PESEL: NIP:
Który numer identyfikacyjny należy wskazać na druku PIT – proszę zaznaczyć właściwe pole:
☐ PESEL
☐ NIP (dotyczy m.in.: prowadzących działalność gosp., podatników VAT, płatników składek ZUS)
Seria i numer dowodu osobistego: Data ważności:

3. DANE ADRESOWE

3.1. Adres zamieszkania:

Województwo: Powiat:
Gmina: Miejscowość:
Ulica: Nr domu: Nr mieszkania:
Kod pocztowy: Poczta:

3.2. Adres do korespondencji (wypełnić tylko jeśli jest inny niż adres zamieszkania):

Województwo: Powiat:
Gmina: Miejscowość:
Ulica: Nr domu: Nr mieszkania:
Kod pocztowy: Poczta:

4. URZĄD SKARBOWY

Nazwa i adres:

5. OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH:

5.1. Oświadczam, że (jeśli dotyczy należy zaznaczyć znakiem „X” oraz wypełnić / *niewłaściwe skreślić):

- ☐ jestem studentem/ucznem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem/am 26 lat
(nr legitymacji);
- ☐ jestem zatrudniony/a na podstawie stosunku pracy
(nazwa i adres pracodawcy:
NIP pracodawcy:; okres umowy od do)
- ☐ i z tego tytułu moja łączna podstawa składek społecznych w danym miesiącu wynosi co najmniej tyle ile minimalne wynagrodzenie za pracę;

- ☐ i z tego tytułu moja łączna podstawa składek społecznych w danym miesiącu wynosi mniej niż minimalne wynagrodzenie za pracę;
- ☐ prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej;
- ☐ prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej 30% minimalnego wynagrodzenia;
- ☐ jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych;
- ☐ jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu stosunku służby mundurowej w np. WP, Policji, UOP, SG, PSW, SW, S.C. i pozostałe;
- ☐ jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu umowy zlecenia
(nazwa i adres pracodawcy:
NIP pracodawcy:; okres umowy od do);
równocześnie oświadczam, iż podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, emerytalne i rentowe z określonego przeze mnie tytułu w przeliczeniu na okres miesiąca jest: niższa / równa / wyższa* od kwoty wynagrodzenia minimalnego;
- ☐ jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu wykonywania pracy nakładczej z tytułu: od do;
- ☐ jestem pracownikiem innego zakładu, lecz w okresie pobierania stypendium, którego dotyczy to oświadczenie, przebywam na urlopie bezpłatnym lub wychowawczym;
- ☐ jestem pracownikiem innego zakładu, lecz w okresie pobierania stypendium, którego dotyczy to oświadczenie, przebywam na urlopie macierzyńskim;
- ☐ nie posiadam innych tytułów do ubezpieczeń społecznych;
- ☐ jestem emerytem/rencistą;
- ☐ legitymuję się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności (jestem niepełnosprawny/a w stopniu: znacznym / umiarkowanym / lekkim*);
- ☐ wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym;
- ☐ nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym;
- ☐ inne okoliczności mające wpływ na ubezpieczenia w ZUS
(określić tytuł:, od do)

5.2. Należę do zaznaczonego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia:

- ☐ 01R Dolnośląski
- ☐ 02R Kujawsko-Pomorski
- ☐ 03R Lubelski
- ☐ 04R Lubuski
- ☐ 05R Łódzki
- ☐ 06R Małopolski
- ☐ 07R Mazowiecki
- ☐ 08R Opolski
- ☐ 09R Podkarpacki
- ☐ 10R Podlaski
- ☐ 11R Pomorski
- ☐ 12R Śląski
- ☐ 13R Świętokrzyski

- ☐ 14R Warmińsko-Mazurski
- ☐ 15R Wielkopolski
- ☐ 16R Zachodniopomorski

Oświadczam, iż wszystkie wyżej wymienione informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy co może skutkować w szczególności obowiązkiem wynagrodzenia szkody poniesionej z tego tytułu przez Uniwersytet Kaliski.

O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić płatnika (Uniwersytet Kaliski) 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.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Kaliski im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego z siedzibą przy Pl. Wojciecha Bogusławskiego 2, 62-800 Kalisz.
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@uniwersytetkaliski.edu.pl oraz na adres siedziby.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji do Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Kaliskiego im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, c, e.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą następujące podmioty: upoważnieni pracownicy lub współpracownicy Uniwersytetu. Odbiorcami Pani/Pana danych mogą być także podmioty, którym administrator zleci wykonanie określonych czynności, z którymi wiąże się konieczność przetwarzania danych osobowych, np. w związku z korzystaniem z usług zewnętrznych, m.in. w zakresie IT. W celu zapewnienia możliwie najwyższego standardu ochrony danych osobowych powierzenie przetwarzania danych osobowych z tymi podmiotami może nastąpić jedynie na podstawie umowy zawartej przez Uniwersytet.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów.
6. Posiada Pani/Pan prawo:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) sprostowania swoich danych osobowych,
 - c) usunięcia swoich danych osobowych,
 - d) ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
 - e) cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych poprzez złożenie oświadczenia o cofnięciu zgody – jeżeli uprzednio wyrazili Państwo taką zgodę i przetwarzanie dotyczących Państwa danych odbywa się na jej podstawie,
 - f) przenoszenia swoich danych osobowych,
 - g) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych z przyczyn związanych z szczególną Państwa sytuacją zgodnie z art. 21 RODO.
7. Niezależnie od powyższego, przysługuje Panu/Pani uprawnienie do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. W przypadku niepodania przez Panią/Pana danych osobowych wypłata stypendium będzie niemożliwa.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego/do organizacji międzynarodowej.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany (w tym w formie profilowania) w ten sposób, że w wyniku takiego zautomatyzowanego przetwarzania mogłyby zapadać jakiegokolwiek decyzje, miałyby być powodowane inne skutki prawne lub w inny sposób miałyby to istotnie wpływać na Pani/Pana uprawnienia.

.....
(data i czytelny podpis Doktoranta)