

OŚWIADCZENIE DOKTORANTA

(dla Działu Płac)

Nazwisko Nazwisko rodowe

Imię/imiona

Data urodzenia nr telefonu e-mail

PESEL NIP.....

Moim identyfikatorem podatkowym jest PESEL / NIP*:

Urząd Skarbowy

Obywatelstwo Paszport nr.....
(dotyczy obcokrajowców)

Jestem rezydentem (nieograniczony obowiązek podatkowy) / nierezydentem (ograniczony obowiązek podatkowy) *

Adres zamieszkania

Miejscowość Ulica

Nr domu/mieszkania Kod pocztowy

Poczta Gmina

Powiat Województwo.....

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Miejscowość Ulica

Nr domu/mieszkania Kod pocztowy

Poczta Gmina

Powiat Województwo.....

Stypendium doktoranckie proszę wypłacać na konto bankowe: nr

.....

Oświadczam, że:

1. Jestem objęty ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym lub ubezpieczeniem zdrowotnym

z tytułu:

- Stosunku pracy : TAK / NIE *
- przebywam na urlopie bezpłatnym : TAK / NIE *
- Jeśli tak proszę podać okres: od do.....
- Umowy zlecenia : TAK / NIE *
- Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej : TAK / NIE *
- Jako członek rodziny ubezpieczonego (rodzica lub współmałżonka) : TAK / NIE *

- Z innego tytułu TAK / NIE *

Jeśli tak podać tytuł

2. Jestem zatrudniony w Uniwersytecie Jana Kochanowskiego: TAK / NIE *

3. Jestem emerytem/rencistą: TAK /NIE *

.....

(nr świadczenia; kto wypłaca)

Jeśli TAK: Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym, rentowym: TAK / NIE*

4. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności: TAK /NIE*

.....

.....

.....

(proszę podać stopień niepełnosprawności, okres obowiązywania)

5. Wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym: TAK / NIE*

6. Właściwy Oddział NFZ:

.....

.....

(data i podpis składającego oświadczenie)

*niepotrzebne skreślić