

OŚWIADCZENIE DOKTORANTA UKSW

STATEMENT

ERP. PER ID number / Nr kartoteki ERP.PER

Filled by Payroll Department /

wypełnia Dział Płac UKSW

WYPEŁNIĆ NA KOMPUTERZE LUB DRUKOWANYMI LITERAMI

SHALL BE COMPLETED ON A COMPUTER OR IN CAPITAL LETTERS

I DANE OSOBOWE / PERSONAL DATA

Nazwisko / Surname

Pierwsze imię / First name

PESEL / number / PESEL

II ADRES ZAMIESZKANIA / ADDRESS OF PERMANENT RESIDENCE)

Kraj/Country

Ulica/Street

Nr domu/Building numer I Nr mieszkania/Flat number

Kod pocztowy/Postal code I Miejscowość/City.

Poczta/Post office

Województwo/Region/Stan/Voivodeship/Province/State

Powiat/District

Gmina/Dzielnica / Commune/District

III ADRES KORESPONDENCYJNY / CORESSPONDENCE ADDRESS

*(jeżeli taki sam, jak adres zamieszkania w pole poniżej proszę wpisać **N/D** – nie dotyczy) / (put N/D to the next to box (does not apply) if it is the same as permanent address for tax purposes)*

Kraj/Country

Ulica/Street

Nr domu/Building numer I Nr mieszkania/Flat number

Kod pocztowy/Postal code I Miejscowość/City.

Poczta/Post office

Województwo/ Region/Stan/Voivodeship /Province/State

**niepotrzebne skreślić / delete as appropriate*

Powiat/District	
Gmina/Dzielnica / Commune/District	
IV. FORMA PŁATNOŚCI / METHOD OF PAYMENT	
Wypłata w gotówce: / Payment in cash:	YES / TAK*
	NO / NIE*
Proszę o przelew mojego wynagrodzenia i inn. świadczeń pieniężnych na rachunek w POLSCE / ZAGRANICĄ* /Please transfer my remuneration and other benefits arising from employment to POLISH/FOREIGN* bank account* <div style="text-align: center; border: 1px dashed black; width: 80%; margin: 0 auto; height: 20px;"></div>	
Proszę wypełnić w tylko w przypadku zagranicznego numeru konta: / <i>Please complete in the case of a foreign account number only:</i>	
Bank name / Nazwa banku	
IBAN number / Nr IBAN	
SWIFT number / Nr SWIFT	
Bank data – Country and city / Dane Banku: Kraj, Miasto	
Currency / Waluta	
Oświadczam, że zgadzam się na potrącenie z wyżej wymienionych świadczeń kwoty potrzebnej na pokrycie kosztów przewalutowania i innych kosztów związanych z przelewami bankowymi.....(podpis) <i>I hereby declare that I agree to deduct from aforementioned remuneration and other benefits costs of currency conversion and other bank transfer costs (signature)</i>	
V OŚWIADCZAM, ŻE: / DECLARE THAT:	
Posiadam / nie posiadam* stopień/nia doktora. I have / do not have* a doctoral degree.	
Jestem / nie jestem* zatrudniony na stanowisku nauczyciela akademickiego lub pracownika naukowego. I am / I am not employed* as an academic teacher or researcher.	
Zatrudnienie dotyczy / nie dotyczy* udziału w grantie badawczym. Employment concerns / does not apply* to participation in a research grant.	
Podlegam (od dnia.....do nadal) /nie podlegam* ubezpieczeniu zdrowotnemu jako członek rodziny osoby ubezpieczonej. I am subject (from to until now) / I am not subject* to health insurance as a family member of the insured person.	
Inny tytułu do ubezpieczenia ZUS (umowa o pracę, umowa zlecenie, jestem osobą duchowną etc.) / any other title to health insurance (employment contract, mandate contract, I am an ecclesiastic person etc.) <input type="checkbox"/> posiadam od dnia.....do...../ I have from/to <input type="checkbox"/> nie posiadam/ do not have	
<input type="checkbox"/>	Nie mam innego tytułu do ubezpieczenia ZUS / I have no other ZUS insurance title

*niepotrzebne skreślić / delete as appropriate

Oświadczam, że jestem: I declare that I am:	<input type="checkbox"/>	osobą, która nie ma ustalonego prawa do emerytury / renty* person who is not granted a pension*
	<input type="checkbox"/>	osobą, która ma ustalone prawo do emerytury / renty* person who is granted a pension/ *
Termin przyznania emerytury / renty ** / Pension is granted for the period		od dnia.....do..... from.....until.....
<input type="checkbox"/>	brak orzeczenia o niepełnosprawności / no certificate of disability	
<input type="checkbox"/>	orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności / certificate of mild degree of disability	
<input type="checkbox"/>	orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności / certificate of moderate degree of disability	
<input type="checkbox"/>	orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności / certificate of severe degree of disability	
Kod oddziału NFZ: / Code of branch of National Health Fund number:		Wybierz element.
<p><u>Podstawa prawna:</u> Obowiązek podania powyższych danych określa: Art. 209 Ustawy prawo o szkolnictwie wyższym i nauce **Art. 13 pkt. 15a, Art. 9 ust. 1, Art. 9 ust. 1 i ust. 9, ust.5, Art. 16 ust. 1 pkt 7a, ust. 1b, ust. 2 i ust. 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych ***Art. 66 ust. 1 pkt 20, Art. 66 ust. 2, Art. 73 pkt 4, Art. 86 ust. 1 pkt 6 i ust. 2 oraz ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.)</p> <p>Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przetwarzanie przez UKSW danych osobowych szczególnych kategorii, tzw. danych wrażliwych, o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO (dane dotyczące zdrowia) przekazanych z mojej inicjatywy.</p> <p>O wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Uniwersytet</p> <p><u>Upoważniam/nie upoważniam*</u> Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego do przekazywania w moim imieniu dokumentów dotyczących zgłoszenia/wyrejestrowania do/z ubezpieczeń społecznych oraz ubezpieczenia zdrowotnego.</p>		

Data wypełnienia / Date of filling

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie /
Declarer's legible signature

*niepotrzebne skreślić / delete as appropriate