imię i Nazwisko……………………………………………………………………………

pesel……………………………………………………………………………………….

katedra/zakład…………………………………………………………………….............

rok studiów……………………………………………………………………………….

nr albumu …………………………………………………………………………………

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że z dniem ……............ uległy zmianie moje dane osobowe tj.:

nazwisko

seria i nr dowodu osobistego

adres zameldowania

adres korespondencyjny

adres e-mail

nr telefonu

konto bankowe do przelewów stypendiów

Urząd Skarbowy

NFZ

zatrudnienie

inne\*

**(\*zaznaczyć X właściwe)**

**Stare dane osobowe:**

imię i nazwisko…………………………………………………….…………….………..

seria i nr dowodu osobistego………………………………………………...……………

adres zameldowania…………………………………………………………..…………..

adres korespondencyjny………………………………………….......................................

adres e-mail……………………………………………………………………...………..

numer telefonu…………………………………………………………….………………

**Nowe dane osobowe:**

imię i nazwisko…………………………………………………………….….…………..

adres zameldowania…………………………………………………………..…………..

adres korespondencyjny…………………………………………………..….…………...

adres e-mail…………………………………………………………..………..………….

nr telefonu……………………………………………………………………….………...

seria i nr dowodu osobistego…………………………………………..…….……............

data wydania …………………....……data ważności …………………..……….……….

wydany przez ………………………………………………………………..……………

**Proszę o przelewanie stypendium na konto w Banku**

.............................................................................................................................................

na rachunek nr:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Urząd Skarbowy:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Narodowy Fundusz Zdrowia**: …………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………..

**Zatrudnienie:** ……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………..

(miejsce, stanowisko, data zatrudnienia)

1. Oświadczam, że posiadam inny tytuł do **ubezpieczenia zdrowotnego**:

……………………………………………………………………………………… *(należy podać jaki inny tytuł posiada doktorant: umowa o pracę lub umowa zlecenie lub prowadzenie pozarolniczej działalności lub jest zgłoszony jako członek rodziny)*

1. Oświadczam, że **jestem / nie jestem** emerytem/rencistą
2. Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam** orzeczenie o niepełnosprawności
(jeżeli tak proszę o załączenie zaświadczenia o stopniu niepełnosprawności)
3. Proszę o objęcie mnie **ubezpieczeniem chorobowym** TAK/NIE

**\* właściwe zaznaczyć**

inne:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

................................................................................ ………………………………………..................

(data, podpis uczestnika Szkoły Doktorskiej) (data i podpis pracownika Biura Szkoły Doktorskiej przyjmującego oświadczenie)