…………………………………………… ………………………………….

Imię i nazwisko kandydata Miejsce i data

……………………………………………
Nazwisko rodowe kandydata

……………………………………………

PESEL

Szkoła Doktorska Politechniki Krakowskiej

Dyscyplina: …………………………………………………………..

Adres korespondencyjny:…………………………………………...

…………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

**Ja** …………………………………………………………………..……………. **niżej podpisany,** (imię i nazwisko)

 **oświadczam iż w dniu złożenia niniejszego oświadczenia:**

1. **posiadam / nie posiadam\* stopień naukowy „doktor”;**
2. **pobieram / nie pobieram\* stypendium doktoranckie w szkole doktorskiej innej niż SD PK;**
3. **jestem / nie jestem\* emerytem / rencistą\*;**
4. **posiadam / nie posiadam\* orzeczenie o stopniu niepełnosprawności**

……………………………………………………………………………………………….…(stopień niepełnosprawności, symbol przyczyny niepełnosprawności, okres obowiązywania)

1. **wnoszę / nie wnoszę\* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym;**
2. **wnoszę / nie wnoszę\* o objęcie mnie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym\*\***
3. **posiadam konto w banku** ………………………………………………………………….

(nazwa i adres banku)

 **o numerze:**

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

**na które proszę przekazywać kwotę stypendium doktoranckiego.**

**O wszelkich zmianach, które nastąpią w zakresie złożonego oświadczenia, po dniu jego złożenia, zobowiązuję się niezwłocznie do poinformowania Szkoły Doktorskiej Politechniki Krakowskiej.**

……………………………………….

 czytelny podpis kandydata

\*) niepotrzebne skreślić

\*\*) **objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym doktoranta możliwe jest tylko w przypadku, gdy doktorant nie posiada innego tytułu do tego ubezpieczenia** (np. nie podlega ubezpieczeniu jako członek rodziny np. rodzica lub opiekuna do osiągnięcia 26 roku życia lub współmałżonka; nie pozostaje w stosunku pracy np. umowa o pracę, umowa zlecenia; prowadzenie działalności gospodarczej; nie pobiera świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego, renty socjalnej, zasiłku stałego; nie jestem rolnikiem ubezpieczonym w KRUS).