



Miejsce i data

PESEL

Adres korespondencyjny:.....

OŚWIADCZENIE

Ja **nżej** **podpisany,**
(imie 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)

5. **wnoszę / nie wnoszę*** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym;
6. **wnoszę / nie wnoszę*** o objęcie mnie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym**
(jeśli wnoszę proszę podać oddział NFZ)
7. **posiadam konto w banku**
(nazwa i adres banku)

o numerze:

[illegible]

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).