# Załącznik do zarządzenia nr 90 Rektora UJ z dnia 8 września 2023 r.

Kraków, dnia r.

Imię i nazwisko: ………………………….…………………………….….…

Nr albumu: …………………………………………………….……………….

Szkoła doktorska (etap): …………………………………….………….…

PESEL lub rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości\*1: ……………………………………………………….………

Telefon komórkowy: ………………………...……………………………..

E-mail: …………………………………………………………………….….….

Adres do korespondencji: ………………………….…………………….

Nr rachunku bankowego: ………………………….………...…………..

# Dyrektor Szkoły Doktorskiej Uniwersytet Jagielloński

dr hab. Roman Skibiński, prof. UJ

1. Oświadczam, że:

**OŚWIADCZENIE**

* 1. nie posiadam innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego / posiadam inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego\*2;
	2. kształcenie w szkole doktorskiej nie wiąże się z obowiązkiem zatrudnienia mnie na Uniwersytecie Jagiellońskim na podstawie umowy o pracę z wynagrodzeniem, którego wysokość przekracza wysokość wynagrodzenia profesora / kształcenie w szkole doktorskiej wiąże się z obowiązkiem zatrudnienia mnie na Uniwersytecie Jagiellońskim na podstawie umowy o pracę z wynagrodzeniem, którego wysokość przekracza wysokość wynagrodzenia profesora\*;
	3. nie przeszedłem/nie przeszłam pozytywnie oceny śródokresowej / przeszedłem/przeszłam pozytywnie ocenę śródokresową\*;
	4. nie posiadam prawa do emerytury / posiadam prawo do emerytury\*;
	5. nie posiadam prawa do renty / posiadam prawo do renty\*;
	6. nie posiadam ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / posiadam ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (w stopniu lekkim/umiarkowanym/znacznym)\*;
	7. nie posiadam stopnia doktora / posiadam stopień doktora: nazwa uczelni, która nadała stopień doktora i data nadania:

…………………………………………..\*;

* 1. nie otrzymywałem/nie otrzymywałam stypendium doktoranckiego / otrzymywałem/otrzymywałam stypendium doktoranckie w innej szkole doktorskiej; nazwa szkoły doktorskiej: ………………………………………………………..

w ………………………….……. w okresie od ……………… do \*;

* 1. nie jestem jednocześnie doktorantem/doktorantką w innej szkole doktorskiej\*.
1. Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym / Nie wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym\*3.
2. Wnoszę o przekazywanie stypendium doktoranckiego na rachunek bankowy: …………………………….………………………………….
3. Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym mojego dziecka/małżonka/wstępnych\* pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym / nie wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym mojego dziecka/małżonka/wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym\*.

Dane osoby zgłaszanej (dziecko/małżonek/wstępny\*)

Imię i nazwisko: ………………………………..………………………………………………………..……………………………………………………...…….

PESEL: ……………………………………………………………………………………………………..…………………………………………..………………

Nr paszportu i data urodzenia (w przypadku cudzoziemców): ………………………………………………………………………..………………….

Imię drugie (jeżeli posiada): ………………………………………………………………………………….……………………………...……….……………

Nazwisko rodowe (jeżeli była dokonywana zmiana nazwiska): ……………………………………………………………..………..……..……….….

Obywatelstwo: ………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………

Stopień niepełnosprawności: ………………………………………………………………………………………………...……………………………………

Czy pozostaje z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym: tak/nie\*: ………………….…………………………………...…......

Adres zameldowania: …………………………………………………………………………………………………………………………...…...……………..

Kod pocztowy: …………………………….…………………………………………………………………………………………………...…………………….

Miejscowość: …………………………….………………………………………………………………..…………………………………...………………..……

Gmina: …………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………..……

Ulica: ………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………….…….……

Nr domu / Nr mieszkania: …………………………………………………………………………………..………………………………...………….……..…

Adres zamieszkania (jeżeli inny niż zameldowania): ……………………………………………..………………………………...……………..………

Kod pocztowy: …………………………………………………………………………………………………………………………………...………….….……

Miejscowość: …………………….……………………………………………………………………...………………….…………………..…………………….

Gmina: …………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………

Ulica: …………………………………………………………………………………………..………………………………………………….……….……………

Nr domu / Nr mieszkania: …………………………………………………………………..………………………………………………………………..……

 Oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym. Zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia członkowie mojej rodziny nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

1. Upoważniam pracownika Uczelni do podpisania druku zgłoszeniowego do ubezpieczenia społecznego / ubezpieczenia zdrowotnego w moim imieniu.
2. Oświadczam, że skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego Oświadczenia lub niepoinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia **w terminie 2 dni** od daty powstania tych zmian obciążają mnie jako doktoranta.

Kraków, dnia ………………….. ……………………………………………………

*Podpis doktoranta/doktorantki*

\* niepotrzebne skreślić

1 Dotyczy osób podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego lub społecznego.

2 Dotyczy osób posiadających obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (np. stosunek pracy, umowa zlecenie, działalność gospodarcza, podleganie jako członek rodziny do 26. roku życia) – art. 66 ust. 1 pkt 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

3 Na podstawie art. 11 ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 7b, art. 16 ust. 2 oraz art. 22 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1230, z późn. zm.) doktorant podlega ubezpieczeniu chorobowemu na swój wniosek i opłaca składki z własnych środków w wysokości 2,45 % wymiaru składek (wysokości stypendium).

Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2022 r. poz. 1732, z późn. zm.) w związku z art. 209 ust. 6 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2023 r. poz. 742, z późn. zm.) doktorantowi nie przysługuje prawo do świadczeń w razie choroby i macierzyństwa w okresie, za który zachowuje prawo do stypendium doktoranckiego, w tym w okresie zawieszenia kształcenia na wniosek doktoranta na okres odpowiadający czasowi trwania urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego oraz urlopu rodzicielskiego.

Zgodnie z art. 7 w związku z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa po okresie 90 dni podlegania ubezpieczeniu chorobowemu doktorantowi przysługuje prawo do świadczeń w razie choroby i macierzyństwa po ustaniu tytułu do ubezpieczenia.