*Załącznik nr 5 do Uchwały Nr 2/2020 Senatu Politechniki Koszalińskiej z dnia 22 stycznia 2020 r.*

……………………………………………….

*Miejscowość i data*

**OŚWIADCZENIE**

**O PODJĘCIU KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ**

**POLITECHNIKI KOSZALIŃSKIEJ**

**DANE DOT. KANDYDATA:**

1. Nazwisko: ………………………………………………….………………………….
2. Imiona: …………………………………………………..…………………………….
3. PESEL: ………………………………………………………………………………..
4. Dyscyplina w ramach której kandydat rekrutuje się do Szkoły Doktorskiej:

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

Oświadczam, że w roku akademickim 2020/2021:

* podejmuję kształcenie w Szkole Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej □ TAK / □ NIE
* rezygnuję z kształcenia w Szkole Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej □ TAK / □ NIE

Wybrany przeze mnie temat badawczy będę realizował/a w: …………………………………

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

*Wydział / Katedra / Zakład*

Jednocześnie oświadczam, że nie podejmuję kształcenia w innej Szkole Doktorskiej.

Oświadczam także, że byłem/am\* / nie byłem/am\* doktorantem w Szkole Doktorskiej …………………………………………………………………………………………………..

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

i z tego tytułu otrzymywałem/am\* stypendium doktoranckie w okresie……………………….

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

*\* - niepotrzebne skreślić*

Powodem zakończenia kształcenia w Szkole Doktorskiej………………………………………

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

jest ………………………………………………………………………………………………

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

*O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić Dyrektora Szkoły Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej na piśmie w terminie 5 dni kalendarzowych od wystąpienia tych zmian. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia (w przypadku ich nie zgłoszenia) zobowiązuję się pokryć z własnych środków.*

…………………………………………………………………

*(data i czytelny podpis kandydata)*

**DANE POTRZEBNE DO ZGŁOSZENIA ZUS**

1. Nazwisko: ….......................................................................................................................
2. Imię/Imiona: ……...............................................................................................................
3. Imię ojca: …….…...............................................................................................................
4. Imię matki: …..…...............................................................................................................
5. Miejsce urodzenia: …….....................................................................................................
6. Data urodzenia: ……...…....................................................................................................
7. Nr Pesel/NIP: ………..…....................................................................................................
8. Nazwisko rodowe: …..…....................................................................................................
9. Adres zameldowania na stałe:

* ulica, nr domu: ……………………………………………………..………………..
* kod pocztowy: …………..……………………………………………………………..
* miejscowość: ……..........................................................................................................
* gmina: ….…....................................................................................................................
* województwo: ................................................................................................................

1. Adres zamieszkania: ..…………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

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

…………………………………………………………………………………………….

1. Adres Urzędu Skarbowego (wg miejsca zamieszkania): ...…............................................ .............................................................................................................................................
2. Seria i numer dowodu osobistego: …….....................................................……………….
3. Kod Oddziału NFZ: ………………………………………………………………………

Nazwisko i imię: ……………………………..……………………………………………

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

Rok akademicki …………………………………………………………….……….……

**OŚWIADCZENIE DOKTORANTA**

Szkoły Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej

w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu otrzymywanego stypendium doktoranckiego, o którym mowa w art. 209 ustawy z dnia 20 lipca 2018 Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oświadczam, że:**

1. Jestem doktorantem tylko w Szkole Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej □ TAK NIE □

2. Nie posiadam stopnia naukowego doktora □ TAK NIE □

3. Jestem emerytem/rencistą\* □ TAK NIE □

4. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności □ TAK NIE □

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

(Jeśli tak podać: stopień niepełnosprawności, okres obowiązywania orzeczonego stopnia)

1. Jestem objęty ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym lub ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu:

* Stosunku pracy □ TAK NIE □
* Przebywam na urlopie bezpłatnym □ TAK NIE □

(Jeśli tak podać okres: ………………………………………………………………….……………………………………….)

* Umowy zlecenia □ TAK NIE □
* Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej □ TAK NIE □

(opłacam pełny ZUS) □ TAK NIE □

* Jako członek rodziny ubezpieczonego (rodzica lub współmałżonka) □ TAK NIE □
* Z innego tytułu □ TAK NIE □ (Jeśli tak określić tytuł:………………………………………………….……………………………………………………………………..)

6. Jestem zatrudniony jako nauczyciel akademicki/pracownik badawczy\*: □ TAK NIE □

(Jeśli tak podać miejsce pracy, wymiar i czas zatrudnienia:………………………………………………………………………………………………………………..

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

7. Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym □ TAK NIE □

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić płatnika (Politechnika Koszalińska) na piśmie w terminie 5 dni kalendarzowych od wystąpienia tych zmian. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia (w przypadku ich nie zgłoszenia) zobowiązuję się pokryć z własnych środków.**

Koszalin, dnia …………………………… ……………………………………………………

\* Niepotrzebne skreślić podpis

…………………..…………………

miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE**

Zaświadczam, iż Pan/Pani\*……………………………………………………………… zatrudniony/a\* jest na postawie umowy o pracę, na czas ………………………. w wymiarze …….. etatu\*\* od dnia ………………. do ………………. na stanowisku: ………………….... …………………………………………………………………………………………………..

Z tego tytułu comiesięcznie osiąga wynagrodzenie brutto powyżej minimalnego wynagrodzenia za pracę. Od powyższego wynagrodzenia są odprowadzane składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

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

(podpis osoby upoważnionej)

\* nie potrzebne skreślić

\*\*jeśli nie pełny wymiar czasu pracy, proszę podać jaki.

Nazwisko i imię: …………………………………… Koszalin ………………………

PESEL: …………………………

**OŚWIADCZENIE DOKTORANTA**

**Szkoły Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej**

Bardzo proszę o wypłacanie stypendium doktoranckiego na konto bankowe:

Nazwa banku:

Adres banku:

Nr konta bankowego:

Imię i nazwisko właściciela rachunku:

……………………………………………………………….

*(czytelny podpis doktoranta)*