

Toruń, dnia.....

**OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH
DOKTORANTA W SZKOLE DOKTORSKIEJ**

DANE OSOBOWE:

..... (nazwisko)	 (imię/imiona)	
..... PESEL/Paszport(obcokrajowcy)	 Obywatelstwo	 (telefon kontaktowy)
..... (nazwa szkoły doktorskiej)	 (rozpoczęcie studiów dzień, m-c, rok)	 (planowany koniec studiów m-c ,rok)

ADRES ZAMIESZKANIA:

..... (kod pocztowy)	 (miejscowość)	 (ulica, nr domu/nr mieszkania)
..... (gmina)	 (powiat)	 (województwo)

ADRES DO KORESPONDENCJI (GDY INNY NIŻ ZAMIESZKANIA):

..... (kod pocztowy)	 (miejscowość)	 (ulica, nr domu/nr mieszkania)
..... (gmina)	 (powiat)	 (województwo)

1. OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UEBZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

1.1 Prawo do renty:

☐ nie
☐ tak [] z tyt. niezdolności do pracy [] wypadkowa [] rodzinna

..... (Nr świadczenia)	 (do kiedy przyznana)
----------------------------	--------------------------------

1.2 Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności :

☐ nie
☐ tak
(przyznane do)

- [] Lekki

WNOSZĘ/NIE WNOSZĘ (niewłaściwe przekreślić) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

.....

(nazwa banku)

na rachunek nr :

[illegible]

1. zapoznałem/am się z treścią Zarządzenia Nr 139 Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika z dnia 1 września 2016 r. (Biuletyn Prawny UMK z 2016 r., poz. 316);
2. powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2020 r., poz. 1444 z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań;
3. w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym powiadomię Uniwersytet o tym fakcie w terminie 3 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

.....
(czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie)

*właściwe zaznaczyć