Załącznik nr 1
do Zarządzenia Nr 96/0101/2024 Rektora AJP
z dnia 3 września 2023 r.

**SZKOŁA DOKTORSKA AKADEMII IM. JAKUBA Z PARADYŻA**

Nazwisko i imiona doktoranta/tki .....

Dyscyplina/rok studiów .....

PESEL .....

Obywatelstwo .....

Oddział NFZ .....

Adres e-mail/tel. .....

# OŚWIADCZENIE DOKTORANTA
# W SPRAWIE STYPENDIUM DOKTORANCKIEGO W SZKOLE DOKTORSKIEJ

**Oświadczam, że:** *(właściwe zaznaczyć)*

□ nie jestem doktorantem innej szkoły doktorskiej,

□ nie pobierałam/em stypendium doktoranckiego w szkołach doktorskich przez łączny okres 4 lat (do okresu tego nie wlicza się okresu zawieszenia kształcenia oraz okresu kształcenia w szkole doktorskiej w przypadku, o którym mowa w art. 206 ust. 2 ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce),

□ nie jestem zatrudniona/y w Akademii im. Jakuba z Paradyża na podstawie umowy o pracę z wynagrodzeniem, którego miesięczna wysokość przekracza wysokość minimalnego miesięcznego wynagrodzenia profesora.

W związku z ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 497, ze zm.) proszę o podanie poniższych informacji w celu ustalenia składek ubezpieczenia społecznego:

| Lp. | | Zaznaczyć właściwą odpowiedź: | |
|---|---|---|---|
| 1. | Czy jest Pan/i zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę? | □ TAK □ NIE | |
| 2. | Czy przychód Pana/i ze stosunku pracy wynosi: | □ co najmniej minimalne wynagrodzenie (4.300,00 zł brutto)<br>□ mniej niż minimalne wynagrodzenie (4.300,00 zł brutto) | |
| 3. | Czy jest Pan/i zatrudniony/a na podstawie umowy zlecenie? | □ TAK □ NIE | |
| 4. | Jaki jest łączny przychód z zawartej umowy zlecenie? | podać …….. | |
| 5. | Czy prowadzi Pan/i działalność gospodarczą? | □ TAK □ NIE | □ opłacam pełny ZUS<br>□ opłacam mały ZUS |
| 6. | Czy umowa zlecenia jest Pana/i jedynym zatrudnieniem? | □ TAK □ NIE | |
| 7. | Czy jest Pan/i równocześnie pracownikiem innego zakładu pracy niż AJP? | □ TAK □ NIE | |
| 8. | Czy jest Pan/i rencistą lub emerytem? | □ TAK □ NIE podać …….. | |
| 9. | Jestem doktorantem i nie ukończyłem 26. roku życia.<br>Czy moje przychody mają być objęte zwolnieniem PIT: | □ TAK □ NIE<br>□ TAK □ NIE | |

Załącznik nr 1
do Zarządzenia Nr 96/0101/2024 Rektora AJP
z dnia 3 września 2023 r.

**Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym** *(właściwe zaznaczyć)*:

☐ wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym od dnia ……

☐ rezygnuję z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Nr konta Doktoranta:

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

Oświadczam, że w przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenie społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającego z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t. j. Dz. U. z 2022, poz. 1138 ze zm.) - *Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zaznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat* oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 307 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 742, ze zm.).

……..…..…….. ……..
**miejscowość i data** **czytelny podpis Doktoranta**