Załącznik
do Zarządzenia Nr 15/0101/2024 Rektora AJP
z dnia 27 lutego 2024 r.

SZKOŁA DOKTORSKA AKADEMII IM. JAKUBA Z PARADYŻA

Nazwisko i imiona doktorantki/doktoranta* .....

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/pobierałem* 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/zatrudniony* 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 2023 r. poz. 326, 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 (4.242,00 zł brutto) □ mniej niż minimalne wynagrodzenie (4.242,00 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 □ 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. Czy moje przychody mają być objęte zwolnieniem PIT:	□ TAK □ NIE □ TAK □ NIE	

***niepotrzebne skreślić.**

Załącznik
do Zarządzenia Nr 15/0101/2024 Rektora AJP
z dnia 27 lutego 2024 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/świadomy* 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*