Załącznik do zarządzenia nr 23 Rektora Szkoły Głównej Handlowej  
w Warszawie z dnia 19 marca 2022

**OŚWIADCZENIE**

**w sprawie stypendium doktoranckiego w Szkole Doktorskiej**

**w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie**

Nazwisko: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Imię/imiona Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

PESEL: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

NIP[[1]](#footnote-1): Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Obywatelstwo Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Odział NFZ Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**Adres stałego miejsca pobytu[[2]](#footnote-2):**

zamieszkania

zameldowania

Województwo: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Kod pocztowy/poczta: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Miejscowość: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Gmina/Powiat: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Ulica: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Nr domu/mieszkania: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Państwo: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst..

Urząd skarbowy: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Numer rachunku, na który ma być realizowany przelew stypendium doktoranckiego:

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

**Jednocześnie oświadczam**, że[[3]](#footnote-3):

nie jestem doktorantem innej szkoły doktorskiej

nie jestem zatrudniony jako nauczyciel akademicki ani pracownik naukowy

**w związku z art. 209 ust. 10 pkt 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym**

**i nauce (dalej jako: ustawa)**

nie jestem zatrudniony/a jakoWybierz element.w celu realizacji projektu badawczego,   
o którym mowa w art. 119 ust. 2 pkt 2 i 3 ustawy:

jestem zatrudniony/a *jako* Wybierz element.w celu realizacji projektu badawczego,   
o którym mowa w art. 119 ust. 2 pkt 2 i 3 ustawy:

1. nazwa podmiotu zatrudniającego: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
2. data podjęcia zatrudnienia w związku z realizacją projektu badawczego, o którym mowa w art. 119 ust. 2 pkt 2 albo 3 ustawy: Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.
3. data ustania zatrudnienia w związku z realizacją projektu badawczego, o którym mowa w art. 119 ust. 2 pkt 2 albo 3 ustawy: Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.
4. tytuł projektu badawczego, o którym mowa w art. 119 ust. 2 pkt 2 albo 3 ustawy: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
5. forma zatrudnienia:umowa o pracę

*oświadczam, że wynagrodzenie w projekcie* Wybierz element. *150% wysokości stypendium doktoranckiego przysługującego mi zgodnie z art. 209 ust. 4 ustawy   
z tytułu zatrudnienia w związku z realizacją projektu badawczego, o którym mowa w art. 119 ust. 2 pkt 2 i 3 ustawy.*

**w związku z art. 209 ust. 10 pkt 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (dalej jako: ustawa),** tj. po*ocenie śródokresowej zakończonej wynikiem pozytywnym*

nie jestem zatrudniony/a jako nauczyciel akademicki / pracownik naukowy

jestem zatrudniony/a jako nauczyciel akademicki / pracownik naukowy

1. nazwa podmiotu zatrudniającego: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
2. data podjęcia zatrudnienia: Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.
3. data ustania zatrudnienia: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
4. wymiar czasu pracy z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (*przypadku zatrudnienia w wymiarze przekraczającym połowę pełnego wymiaru czasu pracy, wysokość stypendium wynosi 40% wysokości miesięcznego stypendium, o której mowa w art. 209 ust. 4 pkt 2* ustawy: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
5. forma zatrudnienia:umowa o pracę

*oświadczam, że wynagrodzenie w projekcie Wybierz element. 150% wysokości stypendium doktoranckiego przysługującego mi zgodnie z art. 209 ust. 4 ustawy   
z tytułu zatrudnienia w związku z realizacją projektu badawczego, o którym mowa w art. 119 ust. 2 pkt 2 i 3 ustawy.*

posiadam orzeczenie:

o niepełnosprawności

o stopniu niepełnosprawności

o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.   
o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 i 1981 i 2022 r. poz. 558)

**Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym**3

Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym od dnia Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.

**Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem**

**emerytalnym i rentowym3**

(dotyczy stypendystów z orzeczeniem o niepełnosprawności)

Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem emerytalno-rentowym od dnia Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.

**Oświadczenie do celów ubezpieczeniowych3**

* Wybierz element. w stosunku pracy, w Wybierz element. wymiarze czasu pracy.
* Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu stosunku pracy jest Wybierz element. od minimalnego wynagrodzenia za pracę ogłaszanego w Monitorze Polskim w obwieszczeniu Prezesa Rady Ministrów4.
* Wybierz element. na urlopie bezpłatnym/wychowawczym w okresie od Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.do Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.
* Wybierz element. pozarolniczą działalność gospodarczą od Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę. do Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę. i z tego tytułu odprowadzam składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne od podstawy równej co najmniej 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego ogłaszanego   
  w Monitorze Polskim w obwieszczeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej[[4]](#footnote-4).
* Wybierz element. studentem przed ukończeniem 26 lat (jeśli tak, należy podać nazwę szkoły/uczelni): Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
* Wybierz element. zawartą umowę zlecenia:  
   ze Szkołą Główną Handlową w Warszawie  
   innym niż Szkoła Główna Handlowa w Warszawie zleceniodawcą,   
  w okresie, od Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę. do: Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.

od której Wybierz element. potrącane składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne od podstawy równej co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę określonemu dla danego roku kalendarzowego, ogłaszanego w Monitorze Polskim w obwieszczeniu Prezesa Rady Ministrów4.

* Wybierz element. emerytem/rencistą i pobieram rentę z tytułu niezdolności do pracy/rentę rodzinną/inne świadczenie w okresie, od Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę. do: Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.,

**Oświadczenie dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego3***(dotyczy osób, które nie ukończyły 26. roku życia)*

Oświadczam, że Wybierz element. ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, to jest:

jako członek rodziny, zgłoszony do ubezpieczenia przez rodzica lub współmałżonka

stypendium sportowego

renty socjalnej, zasiłku stałego, wyrównawczego lub gwarantowanego, z pomocy społecznej

świadczeń alimentacyjnych

jako osoba bezrobotna

jako rolnik, albo pracujący domownik rolnika w rozumieniu przepisów   
o ubezpieczeniu społecznym rolników

Wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym Wybierz element.   
od dnia Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.

**Oświadczenie dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego3***(dotyczy osób, które ukończyły 26. rok życia)*Wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym Wybierz element.

od dnia Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.

**Oświadczenie dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego3***(dotyczy osób, które  są spoza UE lub EFTA)*

Zawarłem/łam umowę z NFZ bądź innym podmiotem świadczącym usługi w zakresie opieki zdrowotnej  Wybierz element.

od dnia Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.

**Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (**Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn.zm.)[[5]](#footnote-5)**:** wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym mojego Wybierz element. 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: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

PESEL: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Nr paszportu i data urodzenia (w przypadku cudzoziemców): Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.

Imię drugie (jeśli posiada) Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Nazwisko rodowe (jeżeli była dokonywana zmiana nazwiska): Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Obywatelstwo: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Stopień niepełnosprawności: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Czy pozostaje z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym:Wybierz element.:   
 **Adres zameldowania:**

Kod pocztowy: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.,  
Miejscowość: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Gmina: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Ulica:Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst., Nr domu/Nr mieszkania: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**Adres zamieszkania (jeżeli inny niż zameldowania):**

Kod pocztowy: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.,  
Miejscowość: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Gmina: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Ulica:Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst., Nr domu/Nr mieszkania: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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

Oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym[[6]](#footnote-6)

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.

Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę. ………………………………

(data, czytelny podpis)

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

1. Administrator danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szkoła Główna Handlowa w Warszawie z siedzibą przy al. Niepodległości 162, 02-554 Warszawa.

1. Inspektor Ochrony Danych

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się poprzez adres e-mail: [iod@sgh.waw.pl](mailto:iod@sgh.waw.pl).

1. Cel i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych

Podane przez Panią/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wypłaty stypendium doktoranckiego. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest:

* + 1. art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia   
       27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „RODO”, i przepisy ustawy z dnia   
       20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego;
    2. art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w przypadku przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych (takich jak dane o stanie zdrowia), które jest niezbędne do wypełnienia obowiązków administratora w dziedzinie ochrony socjalnej, oraz przepisy ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo   
       o szkolnictwie wyższym i nauce.

1. Obowiązek podania danych osobowych

Podanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym do wypłaty stypendium doktoranckiego. Podanie danych o stanie zdrowia jest dobrowolne, ale niezbędne, jeśli chce Pani/Pan otrzymać stypendium w zwiększonej wysokości.

1. Czas przetwarzania

Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez czas niezbędny do rozliczenia stypendium i obowiązkowego przechowywania dokumentacji finansowo-księgowej, a także w celu archiwalnym zgodnie z obowiązującymi przepisami.

1. Odbiorcy danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe nie będą co do zasady ujawniane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. W przypadku korzystania przez administratora z usług innych podmiotów, dane osobowe mogą być im ujawnione na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych osobowych, a podmioty te będą zobowiązane do zachowania poufności przetwarzanych danych.

1. Prawa związane z przetwarzaniem

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub usunięcia w szczególnych przypadkach określonych w przepisach prawa.

Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu ani – na podstawie tych danych – nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany.

1. Informacja o prawie wniesienia skargi

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli sądzi Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza RODO.

1. Podać tylko w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą. [↑](#footnote-ref-1)
2. Właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-2)
3. Właściwe wybrać, zaznaczyć, lub uzupełnić, niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-3)
4. Aktualne stawki publikowane będą na stronie internetowej Kwestury. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz.1292, 1559, 1773,1834,1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427, 2469 z 2022 r. poz. 64, 91, 525 i 583 [↑](#footnote-ref-5)
6. Skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub niepoinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia w terminie 2 dni od daty powstania tychże zmian obciążają doktoranta. [↑](#footnote-ref-6)