**OŚWIADCZENIE DOKTORANTA SZKOŁY DOKTORSKIEJ PROWADZONEJ BĄDŹ WSPÓŁPROWADZONEJ PRZEZ UNIWERSYTET GDAŃSKI DLA CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZENIOWYCH**

**DANE OSOBOWE DOKTORANTA**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nazwisko ……………………………………………………………………… | 2. Nazwisko rodowe …………………………………….……………… |
| 3. Imię (imiona) …………………………………………………………… | 4. Data i miejsce urodzenia: ………………………………………… |

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

5. PESEL:

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

6. Dla celów podatkowych posługuję się numerem NIP1:

**1 *W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą, zarejestrowanych podatników VAT i płatników podatków lub składek ZUS - zgodnie z art. 3.1 ustawy z dnia 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 869 ze zm.) - wpisać NIP***

7. Imiona rodziców:……………………………………………………… 8. Obywatelstwo ………………………………………………………..

**ADRES ZAMIESZKANIA DOKTORANTA ( do celów podatkowych)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Gmina: ............................................................................ | 2. Ulica: .................................................................................. |
| 3. Nr domu: ........................................................................... | 4. Nr mieszkania: ................................................................... |
| 5. Miejscowość: ..................................................................... | 5. Kod pocztowy: ............................................................. |

**ADRES KORESPONDENCYJNY DOKTORANTA**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Gmina: ............................................................................ | 2. Ulica: .................................................................................. |
| 3. Nr domu: ........................................................................... | 4. Nr mieszkania: ................................................................... |
| 5. Miejscowość: ..................................................................... | 5. Kod pocztowy: ............................................................. |

**POZOSTAŁE DANE DOTYCZĄCE DOKTORANTA**

1. Oddział NFZ: ..........................................................................................................................................................................
2. Urząd Skarbowy właściwy w sprawie podatku dochodowego: (zgodny z adresem zamieszkania) .............................................................................................
3. Nr telefonu doktoranta: ...................................................................................................................................................
4. Adres e-mail doktoranta: …………………………..…………………………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE DOKTORANTA**

Niniejszym oświadczam, że:

1.  **Jestem/**  **nie jestem\*** pracownikiem UG zatrudnionym na podstawie umowy o pracę.
2. Przebywam na urlopie  **bezpłatnym/**  **związanym z rodzicielstwem/**  **wychowawczym**\* w ramach stosunku pracy z UG.
3. Jestem zatrudniony poza UG: ................................................................................................................................................

 *(nazwa i adres pracodawcy)*

w okresie od ………………………………….. do …………………………….…….. na podstawie: ............................................................... i osiągam z tego tytułu wynagrodzenie miesięczne w kwocie brutto  **niższej/** **równej/** **wyższej**\* od minimalnego wynagrodzenia za pracę, podlegające składkom na ubezpieczenia społeczne.

1.  **Jestem/** **nie jestem**\* uczestnikiem studiów doktoranckich rozpoczętych przed 1 października 2019 r.
2.  **Jestem/** **nie jestem**\*  **emerytem/** **rencistą**\* nr świadczenia ………………………………….
3. Prowadzę działalność gospodarczą  **tak/** **nie**\* i opłacam z tego tytułu składki na ubezpieczenie społeczne na warunkach ogólnych/preferencyjnych\*.
4.  **Posiadam/**  **nie posiadam**\* orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu  lekkim/ umiarkowanym/ znacznym\* na okres od ……………….……… do …………..…………….

*\* Właściwe zaznaczyć*

Potwierdzam, że treść niniejszego oświadczenia jest zgodna ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

Zobowiązuję się poinformować Zleceniodawcę o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia w terminie 3 dni od daty ich powstania, poprzez ponowne złożenie oświadczenia z dopiskiem aktualizacja i podkreśleniem zmienianych danych, pod rygorem ponoszenia odpowiedzialności prawnej i finansowej za niedopełnienie tego obowiązku. W przypadku niepoinformowania w stosownym czasie o zmianie danych, jeżeli brak tych informacji spowoduje konsekwencje finansowe dla Uniwersytetu Gdańskiego, zobowiązuję się do ich pokrycia w pełnej wysokości.

**RODZAJ OBOWIĄZKU PODATKOWEGO**

**W przypadku osób będących obcokrajowcami prosimy o podanie następujących danych:**

1. Nr paszportu …………………………………………………….………………
2. Kraj wydania paszportu ………………………….……………………..…
3. Nr karty stałego/czasowego pobytu ………………………………… (dołączyć kserokopię)

**Rezydent** /*Resident/*

1. Oświadczam, że jestem rezydentem Polski i posiadam nieograniczony obowiązek podatkowy w Polsce.
2. Oświadczam, że właściwym dla mnie identyfikatorem podatkowym jest :

 PESEL ............................................................ / NIP .......................................................................

**Nierezydent** /*Non-resident/*

1. Oświadczam, że nie jestem rezydentem Polski i posiadam ograniczony obowiązek podatkowy w Polsce.
2. Oświadczam, że jestem rezydentem (wpisać jakiego kraju)

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

Mój numer identyfikacyjny podatnika ( TIN ), ubezpieczenia w tym kraju to:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(wpisać numer służący do identyfikacji dla celów podatkowych lub ubezpieczeń społecznych uzyskany w kraju rezydencji)

W przypadku braku takiego numeru należy podać numer dokumentu stwierdzającego tożsamość podatnika, uzyskanego w tym państwie)

Dołączam aktualny certyfikat rezydencji podatkowej przetłumaczony na język polski przez osoby do tego upoważnione.

**RODZAJ OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

Zgodnie z wytycznymi ZUS osoba, która wykonuje pracę najemną w kilku krajach UE jednocześnie ma obowiązek wystąpić o wydanie zaświadczenia A1 do instytucji zgodnej z miejscem zamieszkania. Jest to dokument, który wskazuje właściwe ustawodawstwo (kraj, w którym mają być odprowadzane składki).

W przypadku ustalenia ustawodawstwa innego niż polskie, zleceniobiorca przejmuje na siebie obowiązki płatnika i zobowiązany jest we własnym zakresie do odprowadzania składek z tytułu umowy zlecenia na terytorium danego kraju.

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

 *data i czytelny podpis Doktoranta Szkoły Doktorskiej*