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

Niniejszym oświadczam, że:

1. Ukończyłem/am 26 lat i posiadam/ nie posiadam **ubezpieczenie zdrowotne NFZ,**
2. Nie ukończyłem/am 26 lat i podlegam/ nie podlegam **ubezpieczeniu zdrowotnemu** NFZ z innego tytułu,
3. Przebywam /nie przebywam na **urlopie**  **macierzyńskim / urlopie rodzicielskim**\*.
4. Jestem/ nie jestem\*  **emerytem/ rencistą**\* nr świadczenia ………………………………….

Renta na okres od………………………do………………………..

1. **Posiadam/ nie posiadam**\* orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu **lekkim/ umiarkowanym/ znacznym**\*

na okres od ……………….……… do …………..…………….

*\* Właściwe podkreślić*

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 Centrum Obsługi Stypendialnej Studentów i Doktorantów (COSSiD) o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia w terminie 7 dni od daty ich powstania, poprzez ponowne złożenie oświadczenia z dopiskiem aktualizacja i podkreśleniem zmienianych danych.

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

*data i czytelny podpis Doktoranta Szkoły Doktorskiej*

Zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia z dnia 27 kwietnia 2016 r. zwanym dalej RODO informujemy, iż:

1.Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Gdański z siedzibą w (80-309) Gdańsku przy ul. Jana Bażyńskiego 8.

2.Administrator danych osobowych powołał administratora bezpieczeństwa informacji (w przyszłości inspektora ochrony danych), z którym można skontaktować się pod numerem telefonu (58) 523 24 59 lub adresem e-mail: poin@ug.edu.pl.

3.Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celach związanych z realizacją ubezpieczeń społecznych ( ZUA, ZWUA) i zostaną udostępnione Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych i Narodowemu Funduszowi Zdrowia. 4.Podstawą prawną do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO – przetwarzanie jest niezbędne na podstawie Art.77 ust.2., ust.3.

5. Podanie przez Panią/ Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich podanie warunkuje możliwość rozpatrzenia wniosku o objęciem ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym. 6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w imieniu administratora danych przez upoważnionych pracowników wyłącznie w celach, o których mowa w ust. 3. 7. Pani/ Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny dla realizacji celów określonych w ust. jednak nie dłużej niż przez okres 5 lat. 8. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa. 9. Na zasadach określonych przepisami RODO przysługuje Pani/Panu:

1. prawo dostępu do treści swoich danych,
2. prawo do ich sprostowania, gdy są niezgodne ze stanem rzeczywistym,
3. prawo do ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także przenoszenia danych – w przypadkach przewidzianych prawem,
4. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
5. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.

*data i czytelny podpis Doktoranta Szkoły Doktorskiej*