

OŚWIADCZENIE DO CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZEŃ

w związku z zawarciem umowy o przyznanie stypendiów dla studentów studiów I stopnia

kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo oraz położnictwo nr

1. Nazwisko 2. Pierwsze imię
2. PESEL 4. Data urodzenia
5. NIP (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
6. Zagraniczny numer identyfikacyjny podatnika (jeżeli posiada)
Rodzaj numeru identyfikacyjnego (dokumentu stwierdzającego tożsamość)
Kraj wydania numeru identyfikacyjnego (dokumentu stwierdzającego tożsamość)
7. Adres zamieszkania:
województwo powiat
gmina miejscowość
ulica..... nr domu nr lokalu
poczta kod pocztowy
8. Adres zamieszkania, który zostanie umieszczony w rocznym zeznaniu podatkowym (PIT):
województwo powiat
gmina miejscowość
ulica nr domu nr lokalu
poczta kod pocztowy
9. Urząd Skarbowy: pełna nazwa (**bez adresu**).....
10. Oddział NFZ
11. Adres zameldowania stałego (nie wypełniać jeżeli jest taki sam jak zamieszkania):
województwo powiat
gmina miejscowość
ulica..... nr domu nr lokalu
poczta kod pocztowy

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 KK,

oświadczam, że:

12. Nie jestem / jestem zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę:
Na czas: nieokreślony / określony do
- Moje wynagrodzenie miesięczne ze stosunku pracy, które jest podstawą naliczania składek na ubezpieczenia społeczne wynosi: co najmniej minimalne / mniej niż minimalne wynagrodzenie miesięczne za pracę w br.
13. Nie przebywam / przebywam obecnie na urlopie:
 macierzyńskim rodzicielskim wychowawczym bezpłatnym
od..... do
14. Nie jestem / jestem rencistą: nr renty:
15. Nie posiadam / posiadam orzeczenie o: lekkim / umiarkowanym / znacznym stopniu niepełnosprawności na okres: od do
16. Nie prowadzę / prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą:
 podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu działalności stanowi 30% minimalnego wynagrodzenia miesięcznego za pracę w br.
 podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu działalności stanowi co najmniej 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek na dany rok kalendarzowy.
17. Nie wykonuję / wykonuję inne umowy-zlecenia.
Jeśli wykonuję to czy:
od umowy-zlecenia / umów-zleceń odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne oraz uzyskane z tego tytułu łączne wynagrodzenie wynosi co najmniej minimalne wynagrodzenie miesięczne za pracę w br.: Tak Nie
18. Pobieram stypendium z innego źródła, przy którym stosowana jest kwota wolna od podatku dochodowego od osób fizycznych tak nie.
19. Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niniejszego oświadczenia wyłącznie przez Marszałka Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu 50-411, Wybrzeże J. Słowackiego 12-14, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, w celach wypłacenia stypendium z tytułu umowy o przyznaniu stypendium dla studentów studiów I stopnia kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo oraz położnictwo zawartej z Województwem Dolnośląskim. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/-łem poinformowana/-ny o możliwości cofnięcia zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w dowolnym momencie.

.....
czytelny podpis

Proszę o odrębne wpisanie poniżej zobowiązania o treści oraz czytelny podpis:

„Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania”

.....

.....

.....

.....

.....
miejsowość

.....
data

.....
czytelny podpis

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych jest Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Wybrzeże J. Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław;
- 2) Inspektor Ochrony Danych Osobowych, e-mail inspektor@umwd.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są/będą w celu rozliczenia należności związanych z realizacją umowy o przyznanie stypendium dla studentów studiów I stopnia kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo oraz położnictwo i późniejszej archiwizacji dokumentacji;
- 4) Odbiorcami Pani/ Pana danych osobowych będą pracownicy Wydziału Kadr oraz Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego;
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wykonania umowy oraz 10 lat od zakończenia roku, w którym umowa była realizowana jeżeli nie odprowadzono składek na ubezpieczenie społeczne lub 50 lat jeżeli składki na ubezpieczenie społeczne były realizowane;
- 6) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 8) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy o przyznanie stypendiów dla studentów studiów I stopnia kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo oraz położnictwo, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości zawarcia umowy z Województwem Dolnośląskim.