

Nazwisko i imię:

Rok akademicki

OŚWIADCZENIE DOKTORANTA

Szkoły Doktorskiej Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu
otrzymywanego stypendium doktoranckiego, o którym mowa w art. 209 ustawy z dnia 20 lipca 2018
Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

Oświadczam, że:

1. Jestem emerytem/rencistą* TAK NIE

2. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności TAK NIE

.....
(Jeśli tak podać: stopień niepełnosprawności, okres obowiązywania orzeczonego stopnia)

3. Jestem objęty ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym lub ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu:

• Stosunku pracy TAK NIE

✓ Przebywam na urlopie bezpłatnym TAK NIE

(Jeśli tak podać okres:

.....)

• Umowy zlecenia TAK NIE

• Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej TAK NIE

• Jako członek rodziny ubezpieczonego (rodzica lub współmałżonka) TAK NIE

• Z innego tytułu TAK NIE

(Jeśli tak określić

tytuł:.....)

4. Jestem zatrudniony w APS: TAK

NIE

(Jeśli tak określić

tytuł:.....)

5. Wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym TAK NIE

**O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić
płatnika (APS) o tym fakcie na piśmie w terminie 7 dni od wystąpienia tych zmian.**

**Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia (w przypadku ich nie
zgłoszenia) zobowiązuję się pokryć z własnych środków.**

Warszawa, dnia

.....

* Niepotrzebne skreślić

podpis