Białystok, dnia ……………………………..

**Oświadczenie doktoranta Szkoły Doktorskiej**

Nazwisko …………………………………………………………………… Imiona ……………………………………………………………………………………

data urodzenia ………………………………………………… PESEL ………………………………… obywatelstwo …………………………….……..

Oddział NFZ …………………………………………..………… nr telefonu …………………………………………………………………..…………………

Adres zamieszkania:

kod pocztowy ………………..….. miejscowość ………………………………………..……..………. powiat …………………………………………..

gmina ………………………………………… ulica………………………………………………………….. nr domu ……..….. nr lokalu ……………….

kraj ……………………………… województwo ………………………………………………. poczta …………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr konta bankowego doktoranta |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Oświadczam, że:**

Jestem/ nie jestem\* zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej na okres od ………….. do ……………

Wymiar etatu ………………………………………., na stanowisku ……………………………………………………………………………………………

Nie posiadam/posiadam\* ustalone prawo do emerytury/renty\* decyzją ZUS z dnia ……..……………. i pobieram ZUS w/w świadczenie.

Nie posiadam/posiadam\* ustalony stopień niepełnosprawności\*: lekki/ umiarkowany/ znaczny.

Nie wnoszę/wnoszę\* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Podlegam/nie podlegam\* zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

**\* właściwe zakreślić**

Oświadczam, że powyższe dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. O wszelkich zmianach zawartych w oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić **Biuro Szkoły Doktorskiej i Dział Płac** Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub jej zatajenie.

………………………………………..……………………

 czytelny podpis