**OŚWIADCZENIE STYPENDYSTY**

Dane osobowe do celów podatkowych, ubezpieczeniowych i ewidencyjnych:

1. Nazwisko ……………………………………….......... 2. Imiona ……………………………….………………………………...……

3. Nazwisko rodowe ……………………………………............... 4. Obywatelstwo …….....………………………………….

5. Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………………….…………………..…………………....

6. NIP …………………..…………………... 7. PESEL .............……………….................................................................

8. Adres zamieszkania

1) miejscowość ……………………….…....…… 2) ulica, nr domu, nr lokalu ………………….…….……………………......

3) kod pocztowy ………………… 4) poczta …………………….......... 5) gmina …………………………………………………

6) powiat ……………………………. 7) województwo ….……………………………………………..…………………….............

9. Numer telefonu …………………………………… 10. e-mail ……………………….………………..………………………….....

11. Urząd skarbowy w ........................................................ ul. ……………...................................................

12. Narodowy Fundusz Zdrowia w ...........................................................................................................

13. Nr rachunku bankowego\*: .................................................................................................................

14. Nazwa banku: .....................................................................................................................................

\* W przypadku braku rachunku bankowego, proszę wskazać osobę (członka rodziny) z imienia
i nazwiska oraz jej numer konta

15. Czy jest Pan/Pani zatrudniony/-a na podstawie umowy o pracę TAK/NIE\*

16. Czy otrzymuje Pan/Pani wynagrodzenie ze stosunku pracy równe bądź wyższe od kwoty a minimalnego wynagrodzenia, tj. w roku ….…..… kwota …………... bruttoTAK/NIE\*

17. Czy prowadzi Pan/Pani działalność gospodarczą TAK/NIE\*

**Jeżeli tak to** czy:

a/ opłacane są składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne TAK/NIE\*

(jeżeli społeczne to wg stawki ogólnie obowiązującej czy preferencyjnej) ……………………………………………

b/ opłacane są składki tylko na ubezpieczenie zdrowotne TAK/NIE\*

18. Czy osiąga Pan/Pani przychód z tyt. umowy zlecenia TAK/NIE\*

**Jeżeli tak to** czy:

a/ opłacane są składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne TAK/NIE\*

b/ opłacane są składki tylko na ubezpieczenie zdrowotne TAK/NIE\*

19. Czy otrzymuje Pan/Pani stypendium z innego źródła TAK/NIE\*

....................................................................................................................................................................

(proszę podać rodzaj stypendium, na jaki okres zostało przyznane i przez kogo wypłacane)

20. Czy jest Pan/Pani zarejestrowany/-a w PUP jako bezrobotny/-a TAK/NIE\*

21. Czy przebywa Pan/Pani na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim/wychowawczym TAK/NIE\*

22. Czy pobiera Pan/Pani rentę (np. rodzinną) TAK/NIE\*

23. Czy jest Pan/Pani uczestnikiem studiów doktoranckich/podyplomowych TAK/NIE\*

24. Czy jestem Pan/Pani studentem/uczniem, nr legitymacji ....................................... a TAK/NIE\*

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

(nazwa szkoły / uczelni)

\* właściwe podkreślić

Jednocześnie oświadczam, iż o zmianach w stosunku do stanu faktycznego wynikającego z oświadczenia zawiadomię płatnika przed pierwszą wypłatą świadczenia za miesiąc, w którym zaszła zmiana. Oświadczam, że poniosę wszelkie konsekwencje finansowe wynikające z tytułu podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym.

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

data, czytelny podpis Stypendysty