

Załącznik nr 2

do Uchwały Nr
Sejmiku Województwa
Warmińsko – Mazurskiego
z dnia

OŚWIADCZENIE

osoby pobierającej stypendium sportowe do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego

I. Dane osobowe

1. Nazwisko i imię (imiona)

.....

2. Imiona rodziców

.....

3. Data i miejsce urodzenia

.....

4. Adres zamieszkania: Kod i miejscowość.....ulica

.....Gmina

Powiat..... Telefon / fax e-mail

.....

5. Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania:

Kod i miejscowość.....ulica

..... Gmina Powiat

Województwo

6. Numer PESEL

.....

7. Dane Urzędu Skarbowego

(adres).....

.....

8. Nazwa

banku.....

.....

9. Numer konta bankowego

.....

II. Dane do ubezpieczenia społecznego

1. **Jestem uczniem/studentem**, który nie ukończył 26 roku życia TAK/NIE

Numer legitymacji uczniowskiej/studenckiej

.....

Nazwa szkoły/uczelni:

.....

Klasa.....

Przewidywany termin ukończenia nauki (miesiąc,

rok).....

2. **Jestem zatrudniony TAK/NIE na podstawie...../podać rodzaj**

wykonywanej umowy np. umowa o pracę, umowy zlecenia, stosunek służbowy, itp./

w.....

...../podać dokładną nazwę i adres zakładu pracy/.

3. Mam ustalone prawo do renty /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej

itp./TAK/NIE,znak:..... od dnia do dnia na

podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/

.....

.....

4. Posiadam inne tytuły do ubezpieczeń społecznych

TAK/NIE..... /podać jakie, np. działalność gospodarcza, inne

umowy zlecenia objęte ubezpieczeniem społecznym, ubezpieczenie społeczne rolników/

od..... do /podać okresy od kiedy do kiedy/.

5. Oświadczenie dla celów dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego: WNOSZĘ/NIE WNOSZĘ o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalno – rentowym i chorobowym .

Oświadczam, że:

1) powyższe dane wypełnione są zgodnie ze stanem faktycznym i zobowiązuje się do niezwłocznego zawiadomienia o wszelkich zmianach oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania,

2) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wypłaty stypendiów zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz.922.),

3) przyjmuję do wiadomości, iż administratorem moich danych osobowych jest Województwo Warmińsko-Mazurskiego - Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, adres: ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn,

4) wiem, że mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych.

.....
data i czytelny podpis kandydata do stypendium, a w przypadku osoby niepełnoletniej – rodzica/opiekuna