

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 lokal.....
 - 3) kod pocztowy 4) poczta 5) gmina
 - 6) powiat 7) województwo.....
9. Numer telefonu (obowiązkowo) 10. e-mail.....
11. Urząd skarbowy w ul.
12. Narodowy Fundusz Zdrowia w
13. Nr rachunku bankowego*:
14. Nazwa banku:.....

* W przypadku braku własnego 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 Pan/Pani otrzymuje wynagrodzenie ze stosunku pracy równe bądź wyższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia tj. w roku kwota brutto TAK/NIE*
17. Czy Pan/Pani prowadzi działalność gospodarczą TAK/NIE*

Jeżeli tak to czy:

- a/ opłacane są składki na ubezpiecz. społeczne i zdrowotne (jeżeli społeczne to wg stawki ogólnie obowiązującej czy preferencyjnej) TAK/NIE*
- b/ opłacane są składki tylko na ubezpiecz. zdrowotne TAK/NIE*
18. Czy osiąga Pan/Pani przychód z tyt. umowy zlecenia TAK/NIE*

Jeżeli tak to czy:

- a/ opłacane są składki na ubezpiecz. społeczne i zdrowotne TAK/NIE*
- b/ opłacane są składki tylko na ubezpiecz. 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/ucznem, nr legitymacji TAK/NIE*

.....
(nazwa szkoły/ uczelni)

* Właściwie 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 lub opiekuna prawnego