*Załącznik Nr 1 do umowy STYPENDIUM DOKTORANCKIE*

**OŚWIADCZENIE DOKTORANTA DLA CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZENIOWYCH**

DO UMOWY O STYPENDIUM DOKTORANCKIE NR ............................ zawartej w dniu................................

**DANE OSOBOWE DOKTORANTA**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nazwisko: ……………………………………………………………… | 2. Nazwisko rodowe: …………………………….……………… |
| 3. Imię/imiona: ..……………………………………………………… | 4. Data i miejsce urodzenia: ………………………………… |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

5. PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

6. Dla celów podatkowych posługuję się numerem NIP1:

**1 *W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą, zarejestrowanych podatników VAT i płatników podatków lub składek ZUS - zgodnie z art. 3.1 ustawy z dnia 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 170 z późn. zm.) - wpisać NIP***

7. Obywatelstwo: ………………………………………………………..

**ADRES ZAMIESZKANIA DOKTORANTA *(do celów podatkowych)***

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Województwo/Powiat/Gmina: .................................................................. | ………………………………………………………………. |
| 2. Ulica: ......................................................................... | 3. Nr domu: ..................... 4. Nr mieszkania: ....................... |
|  |  |
| 5. Miejscowość: .................................................................. | 6. Kod pocztowy: .................. 7. Poczta: …........................... |
|  |  |

**ADRES KORESPONDENCYJNY DOKTORANTA *(jeżeli inny niż adres zamieszkania)***

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Województwo/Powiat/Gmina: ..................................................................... | …………………………..………………………………………………… |
| 2. Ulica: .............................................................................. | 3. Nr domu: ..................... 4. Nr mieszkania: ....................... |
|  |  |
| 5. Miejscowość: ................................................................. | 6. Kod pocztowy: .................. 7. Poczta: ………….................... |
|  |  |

**POZOSTAŁE DANE DOTYCZĄCE DOKTORANTA**

1. Oddział NFZ: .......................................................................................................................................................................
2. Nie jestem / jestem zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez …………………………..……………………………………………. data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego : ........………………………………………………………………………………………
3. Urząd Skarbowy właściwy w sprawie podatku dochodowego (zgodny z adresem zamieszkania):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Adres e-mail : ………………………………………………………….…………………………………………………………………………………
2. Nazwa banku oraz nr konta bankowego: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY**

Niniejszym oświadczam, że:

1. **Jestem/nie jestem**\* pracownikiem Instytutu Zootechniki Państwowego Instytutu Badawczego zatrudnionym na podstawie umowy o pracę.
2. **Przebywam/nie przebywam** na urlopie **bezpłatnym/związanym z rodzicielstwem/wychowawczym**\* w ramach stosunku pracy z IZ PIB.
3. Jestem zatrudniony poza IZ PIB: .....................................................................................................................................

 *(nazwa i adres pracodawcy)*

na czas ………………………….. od ……….…….… do ………….…….. na podstawie: ............................................................... i osiągam z tego tytułu wynagrodzenie miesięczne w kwocie brutto **niższej/równej/wyższej**\* od minimalnego wynagrodzenia za pracę, podlegające składkom na ubezpieczenia społeczne.

1. **Jestem/nie jestem**\* osobą bezrobotną i zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (tak/nie)\*, z prawem/bez prawa do zasiłku dla bezrobotnych\*.
2. **Jestem/nie jestem**\* uczniem **gimnazjum/szkoły ponadgimnazjalnej/szkoły ponadpodstawowej/studentem** w wieku do 26 lat\*. Do oświadczenia załączam zaświadczenie potwierdzające status **ucznia/studenta**\*.
3. **Jestem/nie jestem**\* uczestnikiem studiów doktoranckich w ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Jestem/nie jestem**\* **emerytem/rencistą**\* nr świadczenia / oddział ZUS …………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….
2. Prowadzę działalność gospodarczą **tak/nie**\* i opłacam z tego tytułu składki na ubezpieczenie społeczne na warunkach ogólnych/preferencyjnych\*.
3. **Wnioskuję/nie wnioskuję**\* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (na koszt doktoranta).
4. **Posiadam/nie posiadam**\* orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim/umiarkowanym/znacznym\* na okres od ………………………….……… do …………………...…………….

Zobowiązuję się poinformować Instytut Zootechniki PIB o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia w terminie 3 dni od daty ich powstania, poprzez ponowne złożenie oświadczenia z dopiskiem aktualizacja i podkreśleniem zmienianych danych, pod rygorem ponoszenia odpowiedzialności prawnej i finansowej za niedopełnienie tego obowiązku. W przypadku niepoinformowania w stosownym czasie o zmianie danych, jeżeli brak tych informacji spowoduje konsekwencje finansowe dla Instytutu Zootechniki PIB, zobowiązuję się do ich pokrycia w pełnej wysokości.

**RODZAJ OBOWIĄZKU PODATKOWEGO**

1. Oświadczam, że jestem rezydentem Polski i posiadam nieograniczony obowiązek podatkowy w Polsce.
2. Oświadczam, że właściwym dla mnie identyfikatorem podatkowym jest:

PESEL .................................................................................... / NIP .......................................................................

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

 *( data i czytelny podpis składającego oświadczenie)*

*\* niepotrzebne skreślić*