



.....
Imię i nazwisko kandydata

.....
Miejsce i data

.....
Nazwisko rodowe kandydata

.....
PESEL

Szkoła Doktorska Politechniki Krakowskiej

Dyscyplina:

Adres korespondencyjny:.....
.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisanym,
(imię i nazwisko)

oświadczam iż w dniu złożenia niniejszego oświadczenia:

1. posiadam / nie posiadam* stopień naukowy „doktor”;
2. pobieram / nie pobieram* stypendium doktoranckie w szkole doktorskiej innej niż SD PK;
3. jestem / nie jestem* emerytem / rencistą;
4. posiadam / nie posiadam* orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
.....
(stopień niepełnosprawności, symbol przyczyny niepełnosprawności, okres obowiązywania)
5. wnoszę / nie wnoszę* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym;
6. wnoszę / nie wnoszę* o objęcie mnie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym**
7. posiadam konto w banku

(nazwa i adres banku)

o numerze:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

na które proszę przekazywać kwotę stypendium doktoranckiego.

O wszelkich zmianach, które nastąpią w zakresie złożonego oświadczenia, po dniu jego złożenia, zobowiązuję się niezwłocznie do poinformowania Szkoły Doktorskiej Politechniki Krakowskiej.

.....
czytelny podpis kandydata

^{*)} niepotrzebne skreślić

^{**) **objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym doktoranta możliwe jest tylko w przypadku, gdy doktorant nie posiada innego tytułu do tego ubezpieczenia** (np. nie podlega ubezpieczeniu jako członek rodziny np. rodzica lub opiekuna do osiągnięcia 26 roku życia lub współmałżonka; nie pozostaje w stosunku pracy np. umowa o pracę, umowa zlecenia; prowadzenie działalności gospodarczej; nie pobiera świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego, renty socjalnej, zasiłku stałego; nie jestem rolnikiem ubezpieczonym w KRUS).}