

**WNIOSEK O  ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**  
 **ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH**  
 **STUDENTA  DOKTORANTA POLITECHNIKI KRAKOWSKIEJ**  
**IM. TADEUSZA KOŚCIUSZKI**

<b>Organ zgłaszający: Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki</b>	
Wydział .....	
Nazwisko	Imię/imiona
Nazwisko rodowe	Data urodzenia (dd/mm/rrrr):
Obywatelstwo	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL	Seria i nr: <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*
Oddział Wojewódzki NFZ	
Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd/mm/rrrr)	
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu):	
Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu)**	
Adres do korespondencji (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu)***	
Nr telefonu do kontaktu	

\* dotyczy obcokrajowców

\*\* wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu

\*\*\* wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania

#### OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y, świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, odpowiedzialności na podstawie art. 286 Kodeksu Karnego oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej, **oświadczam, że:**

- 1) Utraciłam/em status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego innego tytułu, a w szczególności:
  - a) nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
  - b) nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
  - c) nie jestem zatrudniona/y na podstawie umowy zlecenia,
  - d) nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
  - e) nie pobieram stypendium sportowego,
  - f) nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
  - g) nie jestem uprawniona/y do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
  - h) nie jestem zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna,
  - i) nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
  - j) nie jestem ubezpieczona/y jako student/doktorant na Politechnice Krakowskiej lub innej uczelni.
- 2) W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie 1, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię właściwy dziekanat/szkołę doktorską niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia

tego faktu, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji z kontynuowania ubezpieczenia zdrowotnego i opłacania za mnie składek przez Politechnikę Krakowską (wzór nr 3 do Zasad i trybu zgłaszania studentów i doktorantów Politechniki Krakowskiej do ubezpieczenia zdrowotnego).

- 3) W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku powiadomię właściwy dziekanat/szkołę doktorską niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu, poprzez złożenie wniosku (wzór nr 1 do Zasad i trybu zgłaszania studentów i doktorantów Politechniki Krakowskiej do ubezpieczenia zdrowotnego).

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis studenta/doktoranta)

#### KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Politechnika Krakowska informuje, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki w Krakowie z siedzibą przy ul. Warszawskiej 24, 31-155 Kraków.
- 2) Administrator powołał na Politechnice Krakowskiej Inspektora Ochrony Danych Osobowych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: [iodo@pk.edu.pl](mailto:iodo@pk.edu.pl), a także telefonicznie pod nr 12 628 22 37.
- 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu objęcia Pani/Pana ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 4) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, tj. niezbędność przetwarzania danych do wykonywania prawnych obowiązków Administratora, wynikających m. in. z ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz innych obowiązujących Administratora przepisów, w tym w szczególności dotyczące obowiązków archiwizacyjnych i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a później przez okres 5 lat, licząc od dnia 1 stycznia roku następnego po zakończeniu kształcenia lub skreśleniu z listy studentów/doktorantów.
- 6) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – w przypadku uznania, że dane osobowe są przetwarzane przez Administratora z naruszeniem przepisów prawa.
- 7) Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie tych danych w wymaganym zakresie będzie skutkowało niemożnością objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 8) Przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Politechnikę Krakowską danych osobowych zawartych we wniosku w celu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis studenta/doktoranta)

---

#### ADNOTACJE DZIEKANATU/SZKOŁY DOKTORSKIEJ

Data wpływu wniosku .....

Podpis pracownika dziekanatu/Szkoły Doktorskiej .....