**Oświadczenie studenta Uniwersytetu Dolnośląskiego DSW
do uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego**

imię……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

nazwisko………………………………………………………………………………………………………………………………………..

e-mail lub tel. kontaktowy……………………………………………………………………………………………………………..

kierunek …………………………………………………………………………..rok studiów…………………………………………

tryb studiów ………………………………………………………………………………………………………………………………….

nr albumu…………………………………………….

adres zameldowania na pobyt stały……………………………………………………………………………………………….

PESEL…………………………………………………….., data urodzenia…………………………………………………………….

obywatelstwo………………………………………., oddział NFZ…………………………………………………………………..

Oświadczam, że spełniam warunki do objęcia mnie ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie art. 66 ust. 1 pkt 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135) jako student niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, w szczególności oświadczam że: (właściwe zaznaczyć)

[ ]  ukończyłem/am 26 lat i nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica, współmałżonka),

[ ]  nie ukończyłem/am 26 lat, ale nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu

[ ]  nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym,

[ ]  nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym,

[ ]  nie wykonuję pracy na podstawie umowy agencyjnej, zlecenia lub innej o świadczenie usług,

[ ]  nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego, renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,

[ ]  nie jestem zarejestrowany/a w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna,

[ ]  nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,

[ ]  nie jestem ubezpieczony/a jako student/ka na innej uczelni,

[ ]  nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku

- zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego,

- zaistnienia którejkolwiek okoliczności w/wym. a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby powiadomię Uniwersytet Dolnośląski DSW o tym fakcie w terminie do 7 dni od jej powstania, pod rygorem skutków prawnych.

Student wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych zawartych w oświadczeniu przez Uniwersytet Dolnośląski DSW (ul. Strzegomska 55, 53-611 Wrocław) zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) 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) (zwanego dalej RODO) w celu wypełnienia przez Uniwersytet Dolnośląski DSW obowiązku zgłoszenia studenta do ubezpieczenia zdrowotnego (art.6 ust.1 lit. C) i uiszczania składek na to ubezpieczenie, co wiąże się również z przekazywaniem jego danych do ZUS. Administratorem danych osobowych studenta jest Uniwersytet Dolnośląski DSW z siedzibą przy ul. Strzegomskiej 55, 53-611 Wrocław. Na Uniwersytecie Dolnośląskim DSW został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@dsw.edu.pl. Student ma prawo do żądania dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych zgodnie z przepisami prawa. Student ma prawo również złożyć skargę do organu nadzorczego i dochodzić swoich praw na drodze postępowania sądowego.

Data wypełnienia i podpis studenta………………………………………………………………………………………………