Załącznik nr 2

do Uchwały Nr XXXII/701/17

Sejmiku Województwa

Warmińsko-Mazurskiego

z dnia 27.11.2017 r.

**OŚWIADCZENIE**

osoby pobierającej stypendium sportowe do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego

 **I. Dane osobowe**

1. Nazwisko i imię (imiona)

....................................................................................................................................................................

 2. Imiona rodziców

....................................................................................................................................................................

3. Data i miejsce urodzenia

....................................................................................................................................................................

4. Adres zamieszkania: Kod i miejscowość................................................................ulica ........................................................................................................................Gmina ................................. Powiat................................................................. Telefon / fax ...................................................
e-mail ....................................................................................

 5. Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania:

 Kod i miejscowość................................................................ulica………………………………………. Gmina.................................Powiat..................................Województwo ...................................................

6. Numer PESEL………………………………………………………

 7. Dane Urzędu Skarbowego (adres)…………………………………………………………………….

 8. Nazwa banku…………………………………………………………………………………..………

 9. Numer konta bankowego……………………………………………………………………………...

**II. Dane do ubezpieczenia społecznego**

1. **Jestem uczniem/studentem**, który nie ukończył 26 roku życia TAK/NIE

Numer legitymacji uczniowskiej/studenckiej:

....................................................................................................................................................................

Nazwa szkoły/uczelni:

..................................................................................................................................................................Klasa…………………………………………………………………………………………………… Przewidywany termin ukończenia nauki (miesiąc, rok)……………………………………………….

1. **Jestem zatrudniony** TAK/NIE **na podstawie**................................................./podać rodzaj wykonywanej umowy np. umowa o pracę, umowy zlecenia, stosunek służbowy, itp./ w............................................................................................................................................................................. ......................................................../podać dokładną nazwę i adres zakładu pracy/.
2. Mam ustalone prawo do renty /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp./TAK/NIE, znak:…………... ………………………………... od dnia ………… do dnia ………….. na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/ ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Posiadam inne tytuły do ubezpieczeń społecznych TAK/NIE............................................................ /podać jakie, np. działalność gospodarcza, inne umowy zlecenia objęte ubezpieczeniem społecznym, ubezpieczenie społeczne rolników/ od....................................... do ......................................... /podać okresy od kiedy do kiedy/.

 5. Oświadczenie dla celów dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego: WNOSZĘ/NIE WNOSZĘ
o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalno – rentowym i chorobowym.

 **Oświadczam, że:**

1) powyższe dane wypełnione są zgodnie ze stanem faktycznym i zobowiązuje się do niezwłocznego zawiadomienia o wszelkich zmianach oraz przejmuję odpowiedzialność
z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania,

 2) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wypłaty stypendiów zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz.922.),

3) przyjmuję do wiadomości, iż administratorem moich danych osobowych jest Województwo Warmińsko-Mazurskiego - Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego
w Olsztynie, adres: ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn,

 4) wiem, że mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych.

………………………………………...............

data i czytelny podpis kandydata do stypendium,
a w przypadku osoby niepełnoletniej – rodzica/opiekuna