……………………………………………………. Białystok dn. …………………….

imię (imiona i nazwisko) .

……………………………………………………... PESEL ……………….……………………………..…

wydział

………………………………………………………. Telefon kontaktowy \*\*………………………………..…

studia: rok, stopień, stacjonarne/ niestacjonarne) (dobrowolne)

…………………………………………………………………………………………

adres zameldowania (kod, miejscowość, ulica, nr domu, gmina, województwo)

…………………………………………………………………………………………

adres zamieszkania (kod, miejscowość, ulica, nr domu, gmina, województwo)

Oświadczenie o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego:

**Ukończyłem/am 26 lat:**

* **jestem / nie jestem**\* zatrudniony/a w ramach stosunku pracy;
* **jestem / nie jestem**\* zatrudniony/a na podstawie umowy zlecenia;
* **prowadzę / nie prowadzę**\* działalność gospodarczą;
* **posiadam / nie posiadam**\* współmałżonka, który podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu;
* **jestem / nie jestem**\* zarejestrowany/a w urzędzie pracy;

**Nie ukończyłem/am 26 lat:**

* rodzice przebywają za granicą- **tak / nie \*** i **podlegają / nie podlegają\*** ubezpieczeniu zdrowotnemu ;
* rodzice są bezrobotni – **tak / nie\*** i nie są zarejestrowani w urzędzie pracy – **tak / nie**\*;
* **mam / nie mam**\* przyznanej renty rodzinnej i alimentów;
* **mam / nie mam**\* dziadków, którzy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu;
* **mam / nie mam**\* opiekunów ustanowionych sądownie;
* **mam / nie mam**\* rodziny zastępczej;

**Potwierdzenie właściwego dziekanatu:**

…………………………………………………………

…………………………………………………………

…………………………………………………………

…………………………………………………………

W przypadku zmiany okoliczności, o których mowa w wyżej wymienionych punktach zobowiązuję się do niezwłocznego zawiadomienia   
o powyższych zmianach w terminie 7 dni od dnia wystąpienia tych zmian.

…………………………………………….

podpis studenta / doktoranta

\*niepotrzebne skreślić

\*\*podanie numeru telefonu jest dobrowolne, a brak jego podania nie ma wpływu na zgłoszenie

…………………………………… *Białystok, dn.* ……………………

(imię i nazwisko studenta/doktoranta)

………………………………...….

(Wydział)

*Oświadczam, że zapoznałem/-am się z obowiązkiem informacyjnym Administratora w zakresie przetwarzania moich danych osobowych.*

……………………………..….

*(czytelny podpis)*

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych:**

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Politechnikę Białostocką z siedzibą w Białymstoku, ul. Wiejska 45A, 15-351 Białystok (dalej Uczelnia).

W celu skontaktowania się z Uczelnią, osoba, której dane osobowe są przetwarzane może napisać e-mail do Inspektora Ochrony Danych, na adres: [iod@pb.edu.pl](mailto:iod@pb.edu.pl)

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (dalej ZUS) na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Pani/Pana dane osobowe możemy udostępniać następującym podmiotom: ZUS, a także innym podmiotom, którym dane będą musiały być udostępnione na podstawie przepisów prawa.
3. Nie przekazujemy Pani/Pana danych poza teren Polski.
4. Pani/Pana dane przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wskazanych celów.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne lecz niezbędne do zgłoszenia do ZUS. Odmowa podania danych osobowych, spowoduje brak możliwości zgłoszenia do ZUS.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, otrzymywania ich kopii oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa przysługuje prawo do:
   1. sprostowania danych,
   2. usunięcia danych,
   3. ograniczenia przetwarzania danych.

Realizacja wyżej wymienionych praw odbywa się poprzez złożenie pisemnego podania do Uczelni.

1. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza powszechnie obowiązujące przepisy w tym zakresie.
2. Informujemy, że Administrator nie przetwarza podanych danych osobowych w sposób opierający się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.

*Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody\* na kontakt telefoniczny na wskazany przeze mnie numer telefonu.*

……………………………..….

\*niepotrzebne skreślić *(czytelny podpis)*

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych:**

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Politechnikę Białostocką z siedzibą w Białymstoku, ul. Wiejska 45A, 15-351 Białystok (dalej Uczelnia).

W celu skontaktowania się z Uczelnią, osoba, której dane osobowe są przetwarzane może napisać e-mail do Inspektora Ochrony Danych, na adres: [iod@pb.edu.pl](mailto:iod@pb.edu.pl)

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu kontaktu telefonicznego w sprawach związanych ze zgłoszeniem do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (dalej ZUS) na podstawie wyrażonej zgody.
2. Uczelnia nie udostępnia Pani/Pana numeru telefonu.
3. Nie przekazujemy Pani/Pana danych poza teren Polski.
4. Pani/Pana dane będą przechowywane do czasu wycofania Pani/Pana zgody.
5. Podanie numeru telefonu jest dobrowolne, a brak jego podania nie ma wpływu na zgłoszenie.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, otrzymywania ich kopii oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa przysługuje prawo do:
   1. sprostowania danych,
   2. cofnięcia udzielonej zgody, z zastrzeżeniem, że cofniecie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pani/Pana zgody przed jej wycofaniem;
   3. usunięcia danych,
   4. ograniczenia przetwarzania danych,
   5. wniesienia sprzeciwu,
   6. przenoszenia danych.

Realizacja wyżej wymienionych praw odbywa się poprzez złożenie pisemnego podania do Uczelni.

1. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza powszechnie obowiązujące przepisy w tym zakresie.
2. Informujemy, że Administrator nie przetwarza podanych danych osobowych w sposób opierający się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.