**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE**

**DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZMIANY DANYCH 1)**

**STUDENTA / DOKTORANTA/ ABSOLWENT ODBYWAJĄCY KURSY JĘZYKA POLSKIEGO LUB KURS PRZYGOTOWAWCZY DO PODJĘCIA NAUKI W JĘZYKU POLSKIM NA POLITECHNICE WROCŁAWSKIEJ.1)**

|  |
| --- |
| WYDZIAŁ:………………………………………………..……………………………………….. |
| Nazwisko: …………………………………….…. | Imię/imiona: ………………………….…. |
| Data urodzenia: …………………………..……… | Obywatelstwo: ……………………………………... |
| PESEL: …………………………………………….. | 2) Seria i nr paszportu: ………...…………... |
| Płeć:  kobieta  mężczyzna | Orzeczenie o niepełnosprawności:  tak  nie |
| Data rozpoczęcia studiów: …………………………. | Planowana data zakończenia studiów: ……….. |
| Forma studiów:  stacjonarna niestacjonarna | Nr telefonu kontaktowego: ………………… |
| 3) Wojewódzki Odział NFZ |
| Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd/mm/rrrr): …………………………………………….. |
| Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu): |
| 4) Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu): |
| 5) Adres do korespondencji (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu): |

1) niepotrzebne skreślić

2) dotyczy cudzoziemców

3) Odział Wojewódzki właściwy do adresu zamieszkania

4) wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu

5) 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, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,

c) nie jestem zatrudniona/y na podstawie umowy zlecenia,

d) nie pobieram świadczeń 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 Wrocławskiej lub innej uczelni.

2) W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie 1, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię właściwy dziekanat/Dział Kształcenia/Studium Języków Obcych niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia faktu, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji z kontynuowania ubezpieczenia zdrowotnego i opłacania za mnie składek przez Politechnikę Wrocławską (załącznik nr 3).

3) W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku powiadomię właściwy dziekanat/Dział Kształcenia/Studium Języków Obcych niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia zmiany, poprzez złożenie wniosku (załącznik nr1).

Przyjmuję do wiadomości, że Politechnika Wrocławska wyrejestruje mnie z ubezpieczenia zdrowotnego od dnia następnego po ukończeniu przeze mnie studiów/studiów doktoranckich lub skreślenia z listy studentów/doktorantów.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………….miejscowość i data | ………………………………………….czytelny 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 Wrocławska informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Politechnika Wrocławska we Wrocławiu z siedzibą przy ul. ul. Wybrzeże Wyspiańskiego 27, 50-370 Wrocław. Kontakt z administratorem możliwy jest pisemnie na adres siedziby oraz przez formularz kontaktowy: <https://pwr.edu.pl/kontakt>. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: IOD(at)pwr.edu.pl.
2. Dane osobowe podawane powyżej będą przetwarzane w celu objęcia Pani/Pana ubezpieczeniem zdrowotnym. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą gdyż jest to jest niezbędne do spełnienia obowiązków prawnych Uczelni (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27 sierpnia 2004 r. i ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 27 października 2017 r. Uczelnia musi tez przechowywać dokumentację prowadzonych spraw aby spełnić swoje obowiązki archiwizacyjne.
3. Odbiorcami udostępnianych nam danych są Narodowy Fundusz Zdrowia i Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
4. 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 okresu objęcia ubezpieczeniem.
5. Administrator zapewnia Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i uzyskania ich kopii oraz prawo do ich sprostowania i prawo ograniczenia przetwarzania danych. Prawa takie nie mają charakteru bezwzględnego a możliwość skorzystania z nich wyjaśniamy w polityce prywatności Politechniki Wrocławskiej: <https://pwr.edu.pl/ochrona-danych-osobowych/polityki-prywatnosci>.
6. Osoba, której dane dotyczą ma prawo złożenia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – w przypadku uznania, że dane osobowe są przez Administratora przetwarzane z naruszeniem RODO.

7) Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie tych danych w wymaganym zakresie będzie skutkowało niemożnością objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i spełnienia obowiązków prawnych Uczelni.

Potwierdzam otrzymanie informacji o przetwarzaniu przez Politechnikę Wrocławską moich danych osobowych zawartych we wniosku w celu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………….miejscowość i data | ………………………………………….czytelny podpis studenta/doktoranta |

**ADNOTACJE DZIEKANATU/DZIAŁU KSZTAŁCENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu wniosku: ………………………….…. |  ……………………………….………………………Podpis pracownika dziekanatu/Działu Kształcenia/ Studium Języków Obcych |