

Gdańsk, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
stopień studiów

.....
kierunek

.....
rok studiów tryb

.....
nr telefonu komórkowego (nieobowiązkowo)

.....
Data wpływu do Działu Kształcenia

WNIOSEK STUDENTA / DOKTORANTA*
AKADEMII SZTUK PIĘKNYCH W GDAŃSKU
O OBJĘCIU UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL Seria i nr dowodu osobistego / paszportu

Obywatelstwo..... Narodowość

Nie posiadam/posiadam* orzeczenia/e o stopniu niepełnosprawności.

Numer umowy w NFZ

(wypełniają tylko cudzoziemcy)

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 §1 Kodeksu Karnego**), odpowiedzialności na podstawie (art. 286 Kodeksu Karnego***) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej:

I. Oświadczam, że: *

- nie zgłaszam członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego,
- zgłoszeni przeze mnie następujący członkowie mojej rodziny (małżonek, dzieci, wstępni pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym), nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (jednego z wymienionych z pkt. IV) ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

Lp.	Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Pesel	Posiada orzeczenie o niepełnosprawności tak/nie

II. Oświadczam, że niezwłocznie powiadomię Dział Kształcenia, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu, w przypadku:

- zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego,
- utraty statusu studenta/doktoranta (obrona pracy mgr, lic. lub dr, rezygnacja ze studiów, skreślenie z listy studentów) lub zaistnienia którejkolwiek z okoliczności wymienionej w pkt. IV, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny.

III. Oświadczam, że: *

- utraciłem/am status członka rodziny czyli ukończyłem/am 26 lat i nie podlegam jako członek rodziny ubezpieczeniu zdrowotnemu ani nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym,
- nie utraciłem/am statusu członka rodziny, ale nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu (podać przyczynę):
.....
.....
nie posiadam obywatelstwa UE lub EFTA, zostałem/am uznany/a za osobę polskiego pochodzenia w rozumieniu przepisów o repatriacji/posiadam kartę Polaka* i nie podlegam na terenie RP ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
- jestem obywatelem państwa członkowskiego UE lub EFTA i nie posiadam obywatelstwa polskiego oraz innego tytułu do ubezpieczenia w kraju stałego zamieszkania i na terenie RP.

IV. Oświadczam, że utraciłem/am status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego tytułu, a w szczególności*:

- nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
- nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
- nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
- nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
- nie pobieram stypendium sportowego,
- nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
- nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
- nie jestem zarejestrowany/a w Rejonowym Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna,
- nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- nie jestem ubezpieczony jako student innego kierunku studiów na ASP w Gdańsku lub innej uczelni.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Studenta

* Zaznaczyć właściwe

** Art. 233 §1: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”

***Art. 286: „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

zgodnie z art. 13 oraz 14 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) – dalej RODO, informujemy, że:

1. Administratorem podanych danych osobowych jest Akademia Sztuk Pięknych w Gdańsku; ul. Targ Węglowy 6, 80-836 Gdańsk, NIP 583-000-93-46, REGON 000275820, tel. 58 301 28 01.
2. W Akademii Sztuk Pięknych w Gdańsku został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się osobiście lub listownie pod adresem:
 - Akademia Sztuk Pięknych w Gdańsku; ul. Targ Węglowy 6, 80-836 Gdańsk,
 - elektronicznie: e-mail: iod@asp.gda.pl,
 - lub telefonicznie pod numerem 58 301 28 01 wew. 18.
3. Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji procesu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie art. 6 ust. 1 lit c RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) w oparciu o art. 86 ust.1 pkt 6 i 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2019 r., poz. 1373 t.j.).
4. Podane dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z obowiązujących przepisów prawa, w szczególności wymagany przepisami prawa okres archiwizacji zgodny z kategorią archiwalną, zgodnie z przepisami dot. klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwum państwowego i brakowania dokumentacji niearchiwalnej.
5. Odbiorcą danych osobowych mogą być podmioty, którym Akademia Sztuk Pięknych w Gdańsku zleca wykonanie czynności, z którymi wiąże się konieczność przetwarzania danych na podstawie zawartej umowy powierzenia danych lub innego instrumentu prawnego oraz podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
6. Na zasadach określonych przepisami RODO, osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo:
 - dostępu do swoich danych osobowych,
 - żądania od administratora niezwłocznego sprostowania dotyczących jej danych osobowych, które są nieprawidłowe,
 - żądania od administratora ograniczenia przetwarzania,
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy osoba, której dane dotyczą uzna, że przetwarzanie ich danych osobowych narusza przepisy RODO.
7. Podane dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
8. Podanie danych osobowych jest konieczne w celu rozpatrzenia wniosku o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym. Ich niepodanie spowoduje brak możliwości realizacji w/w celu.
9. Dane osobowe zostały pozyskane od osoby składającej wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Studenta