

Załącznik 1 Oświadczenie osoby pobierającej stypendium szkoleniowe

OŚWIADCZENIE OSOBY POBIERAJĄCEJ STYPENDIUM SZKOLENIOWE do celów ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego

Dotyczy: Stypendium szkoleniowego w ramach projektu „Znajdź Pracę – aktywizacja osób z niepełnosprawnościami” realizowanego w ramach konkursu „Pokonamy bariery” współfinansowanego ze środków PFRON

Dane osobowe

Nazwisko Imiona 1) 2)

PESEL

Adres zameldowania

Województwo Powiat Gmina

Ulica nr domu nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

Adres zamieszkania (gdy jest inny niż adres zameldowania)

Województwo Powiat Gmina

Ulica nr domu nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

Urząd Skarbowy

Numer konta

Jako Stypendysta oświadczam, że:

- Mam / nie mam ustalonego prawa do emerytury / renty
- Mam / nie mam orzeczenie o niepełnosprawności (podać stopień)
- Jestem / nie jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłam/em 26 lat.

Objaśnienie: Status ucznia ma osoba do 31 sierpnia roku, w którym kończy szkołę. Statusu studenta nie ma osoba, która kończy studia licencjackie (inżynierskie) I stopnia, a od 1 października rozpoczyna studia uzupełniające. Status studenta osoba ta uzyskuje z dniem rozpoczęcia studiów II stopnia. **W przypadku zaznaczenia opcji „jestem” do kwestionariusza należy dołączyć kopię aktualnej legitymacji uczniowskiej lub studenckiej.**

- Pozostaję / nie pozostaję w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy
- Jestem/nie jestem członkiem NFZ (podać symbol lub nazwę)

.....
(data i czytelny podpis)

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonywania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek, zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne i rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

.....
(data i czytelny podpis)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Fundacją Onkologiczną Rakiety z siedzibą przy al. Rzeczypospolitej 2 lok. U2, 02-972 Warszawa, zwana dalej Fundacją informuje Pana/Panią, iż:

- jest administratorem danych osobowych,
- Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych RODO (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w celu zatrudnienia jak i w celu archiwizacji oraz w związku z działaniami prowadzonymi przez Fundację,
- wszelką korespondencję w sprawach związanych z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych prosimy kierować na adres siedziby Fundacji z dopiskiem "Kadry – Dane osobowe".
- informacje dotyczące Państwa mogą być przekazywane do ZUS, firm ubezpieczeniowych (w związku z ubezpieczeniem osób świadczących pracę), firm świadczącym usługi medyczne oraz innym uprawnionym podmiotom, a także innym spółkom w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, dokonywania rozliczeń z tego tytułu oraz prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej na podstawie przepisów prawa.
- Fundacja zapewnia Panu/Pani realizację uprawnień wynikających z wyżej wymienionej ustawy, tzn. umożliwi Panu/Pani wgląd do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
- Jeśli uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO, przysługuje Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
- Pana/Pani dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany
- Pana/Pani dane nie będą przekazywane do państw trzecich.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji danej formy wsparcia (stypendium szkoleniowe).

Jednocześnie oświadczam, że przekazuję moje dane osobowe całkowicie dobrowolnie. Oświadczam ponadto, że zostałem/łam poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści tych danych i możliwości ich poprawiania, a także o prawie wycofania zgody na przetwarzanie tych danych w każdym czasie.

.....
(data i czytelny podpis)