



Jednocześnie oświadczam, że:

- nie posiadam / posiadam* stopnia doktora;
- nie mam / mam* statusu doktoranta w żadnej innej szkole doktorskiej- *jeśli tak, proszę podać nazwę szkoły*;
- nie jestem / jestem uczestnikiem studiów doktoranckich - *jeśli tak, proszę podać nazwę szkoły*;
- nie pobieram jeszcze / pobieram już* stypendium doktoranckiego – *jeśli tak, proszę podać okres pobierania stypendium od.....do...*
- nie posiadam / posiadam * orzeczenie niepełnosprawności / orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia, o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych - *jeśli tak proszę wskazać stopień niepełnosprawności: lekki / umiarkowany / znaczny* i dołączyć potwierdzenie tego faktu;*
- nie jestem / jestem* zatrudniony jako nauczyciel akademicki / pracownik naukowy * w granicy / poza granicami;
- nie mam / mam * ustalonego prawa do emerytury / renty *;
- jestem obywatelem Polski / kraju UE / kraju spoza UE* - *w dwóch ostatnich przypadkach podać kraj;*
- zobowiązuje się do przestrzegania Regulaminu szkoły doktorskiej, ze szczególnym uwzględnieniem przepisów odnoszących się do obowiązków Doktoranta, w tym do informowania na bieżąco Sekretariatu Szkoły Doktorskiej o wszelkich zmianach danych;
- oświadczam, że nie podlegam / podlegam * ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu tj.:
- jako członek rodziny, zgłoszony do ubezpieczenia przez rodzica lub współmałżonka,
- ze stosunku pracy, stosunku służbowego,
- z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej,
- umowy zlecenia,
- świadczeń emerytalno-rentowych, stypendium sportowego,
- renty socjalnej, zasiłku stałego, wyrównawczego lub gwarantowanego, z pomocy społecznej,
- świadczeń alimentacyjnych,
- jako osoba bezrobotna,
- jako rolnik, ani pracujący domownik rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników.



Akademia Sztuk Pięknych im. Władysława Strzemińskiego w Łodzi

- oświadczam, że nie zgłaszam / zgłaszam * do ubezpieczenia zdrowotnego członków mojej rodziny, którzy nie podlegają ubezpieczeniu z tego tytułu;
- oświadczam, że w przypadku jakiegokolwiek zmiany dotyczącej danych zawartych w dokumentach zgłoszeniowych do ubezpieczenia, powiadomię Sekretariat Szkoły Doktorskiej w nieprzekraczalnym terminie 4 dni licząc od daty zmiany.
- dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy (-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy .

.....
data i podpis

* niepotrzebne skreślić