

Nazwisko:	Imię:
PESEL:	Seria i numer dowodu tożsamości:
Data urodzenia:	Obywatelstwo:
Nazwa Uczelni:	Wydział:
Kierunek/Dyscyplina studiów:	System studiów: stacjonarny/niestacjonarny*
Poziom studiów: I stopnia/II Stopnia/Doktoranckie*	Nr albumu:
Semestr studiów:	Planowana data zakończenia studiów:
Stopień niepełnosprawności: brak/lekki/umiarkowany/znacznym*	Data końca zaświadczenia o niepełnosprawności:
Identyfikator oddziału NFZ:	
Adres e-mail:	Numer telefonu:

Adres zameldowania/zamieszkania*

Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:
Miejscowość:	Powiat:	Gmina:
Kod pocztowy:	Poczta:	

Adres do korespondencji/ taki sam jak powyżej*

Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:
Miejscowość:	Powiat:	Gmina:
Kod pocztowy:	Poczta:	

OŚWIADCZENIA

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 § 1 Kodeksu karnego - oraz o odpowiedzialności dyscyplinarnej, o której mowa w art. 307 ust. 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce:

Oświadczam, że nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu tj.:

☐ **nie ukończyłem(-am) 26 lat i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego innego tytułu, a w szczególności:**

- rodzice przebywają poza granicami kraju i nie są oddelegowani tam do pracy;
- rodzice są bezrobotni i nie są zarejestrowani w urzędzie pracy;
- nie mam przyznanej renty rodzinnej i alimentów;
- nie mam dziadków, którzy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- nie mam opiekunów ustanowionych sądownie;
- nie mam rodziny zastępczej

☐ **ukończyłem(-am) 26 lat i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego innego tytułu, a w szczególności:**

- nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej;
- nie jestem zatrudniony/a na podstawie umowy zlecenia;
- nie posiadam współmatzonka, który podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu (jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenie, prowadzi działalność gospodarczą);
- nie jestem zarejestrowany/a w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna;
- nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników;
- nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Zobowiązuję się do powiadomienia Uczelni o:

- zmianie w ww. danych osobowych oraz zmianach związanych ze studiami,
- powstaniu prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu,

w terminie do 5 dni od daty powstania w/w zmian

- **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**
- **Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AFiB Vistula oraz SGTiH Vistula, danych zawartych we wniosku oraz ich przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia.**

Warszawa, dnia:.....

czytelny podpis studenta :.....

*niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademia Finansów i Biznesu Vistula oraz Szkoła Główna Turystyki i Hotelarstwa Vistula, ul Stokłosy 3, 02-787 Warszawa,
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia na podstawie ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2024, poz. 146, j.t.),
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie zgody wyrażonej na mocy art. 6 ust. 1 lit. a ww. Rozporządzenia, w celu związanym z ubieganiem się o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia na podstawie ww. ustawy,
- 4) Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji celu, do którego zostały zebrane,
- 5) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych,
- 6) Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora,
- 7) Posiada Pani/Pan prawo do: żądania dostępu do treści swoich danych osobowych, do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,
- 8) Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są przez Administratora Danych niezgodnie z ww. Rozporządzeniem.