**WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM STUDENTA**

**Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Targu**

|  |  |
| --- | --- |
| *Imię i nazwisko:* | |
| *Kierunek studiów:* | *Nr albumu:* |
| *Data urodzenia:* | *PESEL:* |
| *Seria i nr paszportu (w przypadku obcokrajowców):* | |
| *Obywatelstwo:* | *Kod stopnia niepełnosprawności (jeśli posiada):* |
| *Oddział Wojewódzki NFZ:* | |
| **Adres zameldowania na pobyt stały** | |
| *Kod pocztowy :* | *Miejscowość:* |
| *Ulica:* | *Nr domu:* |
| *Gmina:* |  |
| **Adres zamieszkania** (jeżeli jest inny niż adres zameldowania) | |
| *Kod pocztowy :* | *Miejscowość:* |
| *Ulica:* | *Nr domu:* |
| *Gmina:* |  |
| *Telefon kontaktowy:* | |

**OŚWIADCZENIE**

Pouczona/y o odpowiedzialności na podstawie art. 286 § 1 Kodeksu karnego(1) oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej wynikającej z art. 307 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce(2) oświadczam, że:

1. Dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
2. Nie jestem objęty ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z żadnego innego tytułu, a w szczególności:

* nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (rodzice, małżonek, dziadkowie)
* nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej,
* nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia, ani innej umowie, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego,
* 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 w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna,
* nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników.

1. W przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego powiadomię o tym fakcie Centrum Zasobów Ludzkich ANS w Nowym Targu w terminie 3 dni od daty jego zaistnienia.
2. W przypadku zmiany danych zawartych w niniejszym wniosku powiadomię o tym fakcie Centrum Zasobów Ludzkich ANS w Nowym Targu w terminie 3 dni od daty zaistnienia zmiany.
3. Niezwłocznie poinformuję Centrum Zasobów Ludzkich ANS w Nowym Targu o fakcie utraty statusu studenta.

Nowy Targ, dnia ………………………………….. ….………………………………………………

(czytelny podpis studenta-wnioskodawcy)

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, ul. Kokoszków 71, 34-400 Nowy Targ, zwana dalej ANS w Nowym Targu.
* Z Inspektorem Ochrony Danych można skontaktować się pisząc na adres Administratora, podany powyżej lub na adres: [iod@ans-nt.edu.pl](mailto:iod@ans-nt.edu.pl).
* Przekazane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu objęcia Pani/Pana i ewentualnie członków Pani/Pana rodziny ubezpieczeniem zdrowotnym.
* Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, a w przypadku danych dotyczących zdrowia na podstawie art. 9 ust. 2 lit. b RODO tj. konieczności wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze.
* Pani/Pana dane osobowe zostaną przekazane Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych. Ponadto mogą zostać przekazane innym organom państwowym i podmiotom publicznym w ramach posiadanych uprawnień wynikających z przepisów prawa oraz podmiotom, którym Administrator zleca wykonanie czynności, z którymi wiąże się konieczność przetwarzania danych osobowych (podmioty przetwarzające).
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a później przez okres wynikający z obowiązujących przepisów prawa.
* Posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia danych osobowych lub ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania i prawo do przenoszenia danych, w przypadkach i na warunkach określonych w RODO.
* Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów w zakresie ochrony danych osobowych tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeśli stwierdzi Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.
* Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak jest warunkiem koniecznym do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.
* Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji i nie będą poddawane profilowaniu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(1)Art. 286.** § 1. 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.

**(2)Art. 307.** 1. Student podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyn uchybiający godności studenta.