

Gdańsk, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
nr albumu

.....
aktualny telefon kontaktowy

Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku (WSTiH)

.....
aktualny adres e-mail

WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

I. Dane osoby ubiegającej się:

- *rok studiów: I, II, III
*rodzaj studiów: pierwszego stopnia (licencjat) drugiego stopnia (magisterskie)
*tryb studiów: stacjonarne niestacjonarne e-learning
*status: jestem czynnym studentem / przebywam na urlopie / powtarzam semestr

Data i miejsce urodzenia		Wiek:	
Adres stałego zameldowania			
Ulica:		Województwo:	
Miejscowość:		Powiat:	
Kod:		Gmina:	
Nr domu i nr mieszkania:			
Adres zamieszkania w czasie studiów			
Ulica:		Województwo:	
Miejscowość:		Powiat:	
Kod:		Gmina:	
Nr domu i nr mieszkania:			
Część dla obywateli RP			
Obywatelstwo:		PESEL:	
Seria i nr dowodu osobistego:		Data ważności:	
Wydany przez:			
Część dla obcokrajowców			
Obywatelstwo:			
Seria i numer paszportu:		Data ważności:	
Wydany przez:			

NALEŻĘ DO ODDZIAŁU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA:..... (wybrać i wpisać z poniższej listy)

01R Dłnośląski | 02R Kujawsko-Pomorski | 03R Lubelski | 04R Lubliński | 05R Łódzki | 06R Młłopolski | 07R Mazowiecki |
08R Opolski | 09R Podkarpacki | 10R Podlaski | 11R Pomorski | 12R Śląski | 13R Świętokrzyski | 14R Warmińsko-Mazurski |
15R Wielkopolski | 16R Zachodniopomorski |

II. OŚWIADCZENIA

1. Świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielenie fałszywego zeznania zgodnie z art. 233 k.k., który brzmi: „Kto składa zeznania 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”, oświadczam, że:

- nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka,
- nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym,
- nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie,
- nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
- nie pobieram stypendium sportowego,

- f) nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej.
- g) nie jestem zarejestrowany/a jako osoba bezrobotna,
- h) h)nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- i) nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

2. **Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Uczelni o: zmianie** danych osobowych oraz zmianach związanych ze studiami, a także o powstaniu prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu w terminie do 7 dni od daty powstania w/w zmian, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

3. **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**

4. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez WSTiH w Gdańsku danych** zawartych we wniosku oraz ich przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia.

UWAGA!

W przypadku utraty statusu studenta (obrona pracy dyplomowej lub skreślenie z listy studentów) następuje automatyczne wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego. Po przywróceniu praw studenta ponownie złożyć wniosek o ubezpieczenie zdrowotne.

Gdańsk, dnia.....

podpis studenta

III. Klauzula informacyjna

1. Rozumiem, że podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do rozpatrzenia i realizacji wniosku o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym studenta, a niewyrażenie zgody skutkuje nierozpatrzeniem wniosku o pomoc materialną.
2. Zapoznałem się z Klauzulą informacyjną w sprawie przetwarzania moich danych osobowych w brzmieniu jak niżej i wiem, że:
 - a) Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, które dane osobowe będą przetwarzane oraz w jakim celu i jakimi sposobami, jest Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, ul. Miszewskiego 12/13, 80-239 Gdańsk, email: wstih@wstih.pl.
 - b) We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, ma Pani/Pan prawo kontaktować się z naszym Inspektorem ochrony danych na adres mailowy: iod@wstih.pl.
 - c) Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest objęcie studenta 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.2017.1938 j.t.)
 - d) Podstawą do przetwarzania przez Administratora zawartych we wniosku danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), w związku z przepisami ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym oraz aktów wykonawczych do ustawy.
 - e) Dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
 - f) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa. Organy publiczne, które mogą otrzymywać dane osobowe w ramach konkretnego, zgodnego z prawem postępowania, nie są uznawane za odbiorców. Dane osobowe mogą być również powierzone podmiotom, które świadczą usługi dla Administratora.
 - g) Ma Pani/Pan prawo do: ochrony swoich danych osobowych, żądania: dostępu do nich, uzyskania ich kopii, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl). Ponadto, w odniesieniu do danych przetwarzanych na podstawie zgody, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Wycofać się ze zgody można w formie wysłania żądania na nasz adres e-mail lub adres pocztowy. Konsekwencją wycofania się ze zgody będzie brak możliwości przetwarzania przez nas tych danych.

Gdańsk, dnia.....

podpis studenta