

**WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM STUDENTA
Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu**

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

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 umowy, 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.
3. W przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego powiadomię o tym fakcie Centrum Zasobów Ludzkich PPUZ w Nowym Targu w terminie 3 dni od daty zaistnienia.
 4. W przypadku zmiany danych zawartych w niniejszym wniosku powiadomię o tym fakcie Centrum Zasobów Ludzkich PPUZ w Nowym Targu w terminie 3 dni od daty zaistnienia zmiany.
 5. Niezwłocznie poinformuję Centrum Zasobów Ludzkich PPUZ 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 Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, ul. Kokoszków 71, 34-400 Nowy Targ, zwana dalej PPUZ w Nowym Targu.
- Z Inspektorem Ochrony Danych można skontaktować się pisząc na adres Administratora, podany powyżej lub na adres: iod@ppwsz.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.