Załącznik nr 1

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO □**

**/ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH □**

Imię/imiona i nazwisko…………………………………………………………………………………….

Data urodzenia (dd/mm/rrrr) ………………………………………………………………………………..

Obywatelstwo ………………………………………………………………………………………………

Płeć: **□** kobieta **□** mężczyzna, PESEL……………………………………………………………………..

Seria i nr dowodu osobistego……………………………………………………………………………….

Nr paszportu *(dotyczy obcokrajowców)*……………………………………………………………………..

Oddział Wojewódzki NFZ……………………………………………………………………………………

Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd/mm/rrrr) ……………………………………………………

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu……………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

(województwo, powiat, gmina, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu i lokalu)

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………

(wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

…………………………………………………………………………………………………………….

(województwo, powiat, gmina, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu i lokalu)

Adres do korespondencji ……………………………………………………………………………………….

**(**wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

……………………………………………………………………………………………………………………

(województwo, powiat, gmina, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu i lokalu)

Nr telefonu do kontaktu ………………………………………………………………………………………...

Rok studiów: …………………. Kierunek: ……..…………………………………………………………….

Wydział ………………………………………………………………………………………………………...

Nr albumu ………………………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana/y, świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, odpowiedzialności na podstawie art. 286 Kodeksu Karnego oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej, **oświadczam, że:**

1. Utraciłam/em status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego innego tytułu, a w szczególności:
2. nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
3. nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
4. nie jestem zatrudniona/y na podstawie umowy zlecenia,
5. nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
6. nie pobieram stypendium sportowego,
7. nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
8. nie jestem uprawniona/y do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
9. nie jestem zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna,
10. nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
11. nie jestem ubezpieczona/y jako student innej uczelni.
12. W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie 1, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Dział Spraw Osobowych (budynek A, pok. 019) nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji z kontynuowania ubezpieczenia zdrowotnego (załącznik nr 3).
13. W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku powiadomię Dział Spraw Osobowych nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu, poprzez złożenie wniosku (załącznik nr 1).

…………………………………… …..……………………………………….

(miejscowość i data) (podpis studenta)

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Akademia Tarnowska informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Rektor Akademii Tarnowskiej, ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: [inpektor\_odo@anstar.edu.pl,](mailto:inpektor_odo@anstar.edu.pl,) a także telefonicznie pod nr 14 6316643.
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu objęcia Pani/Pana ubezpieczeniem zdrowotnym.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, tj. niezbędność przetwarzania danych do wykonywania prawnych obowiązków Administratora, wynikających m. in. z ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz innych obowiązujących Administratora przepisów, w tym w szczególności dotyczące obowiązków archiwizacyjnych i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Pani/Pana dane osobowe udostępniane będą Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Administrator nie udostępnia Pani/Pana danych osobowych innym odbiorcom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich otrzymania na podstawie przepisów obowiązującego prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a później przez okres 5 lat, licząc od dnia 1 stycznia roku następnego po zakończeniu kształcenia lub skreśleniu z listy studentów.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
8. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – w przypadku uznania, że dane osobowe są przetwarzane przez Administratora z naruszeniem przepisów prawa.
10. Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie tych danych w wymaganym zakresie będzie skutkowało niemożnością objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Akademię Tarnowską danych osobowych zawartych we wniosku w celu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.**

.………………………………….. ……..……..............................................

(miejscowość i data) (podpis studenta)