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) zwane dalej RODO , Akademia Tarnowska informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademia Tarnowska, z siedzibą w Tarnowie ul. Adama Mickiewicza 8.
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z Inspektorem ochrony danych: e-mail: inspektor\_odo@atar.edu.pl, tel. 14 6316643.
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu objęcia Pani/Pana ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO 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.
4. 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.
5. 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.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
7. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do dostępu danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także przenoszenia danych.
9. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy RODO.
10. Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie tych danych w wymaganym zakresie będzie skutkowało niemożnością objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

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

 (miejscowość i data) (podpis studenta)