Załącznik nr 2

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY STUDENTA**

**DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

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

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

Obywatelstwo …………………………………………………………………………………………….

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

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

**Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego \***

Nazwisko………………………………………………………………………………………………….

Imię/imiona……………………………………………………………………………………………….

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

Stopień pokrewieństwa/powinowactwa…………………………………………………………………..

PESEL …………………………………………………………………………………………………….

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

Seria i nr paszportu *(dotyczy obcokrajowców)* …………………………………………………………..

Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd/mm/rrrr):

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

Stopień niepełnosprawności: □ Tak (podkreślić właściwe: lekki, umiarkowany, znaczny), □ Nie

Członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym: □ Tak, □ Nie

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………….

(wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego studenta

kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu)

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

\* małżonek/małżonka, dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka, wnuk lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, matka, ojciec, macocha, ojczym

**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. Zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia członkowie mojej rodziny nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.
2. W przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonego przeze mnie członka/członków rodziny powiadomię Dział Spraw Osobowych w ciągu 7 dni od daty zaistnienia tego faktu, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji z dalszego obejmowania członka/członków rodziny moim ubezpieczeniem zdrowotnym (załącznik nr 3).
3. W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny powiadomię Dział Spraw Osobowych w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu.

…………………………………… …..………………………………………. (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) zwanego 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 ubezpieczeniem zdrowotnym członków Pani/Pana rodziny.
4. Pani/Pana dane osobowe oraz dane członków Pani/Pana rodziny przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze 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 ( art. 6 ust. 1 lit. c RODO ).
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 oraz dane członków Pani/Pana rodziny będą przechowywane przez okres objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a później przez okres 5 lat, licząc od dnia 1 stycznia roku następnego po zakończeniu przez Panią/Pana 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 Posiada Pani/ Pan prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także przenoszenia danych.
10. 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.
11. Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych i danych członków swojej rodziny jest dobrowolne, jednakże niepodanie tych danych w wymaganym zakresie będzie skutkowało niemożnością objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

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

(miejscowość i data) (podpis studenta)