

.....  
(data, miejscowość)

**OŚWIADCZENIE do STYPENDIUM SPORTOWEGO nr ..... z dnia .....**  
(wypełnia pracownik Wydziału merytorycznego UG)

**NAZWISKO:** .....

**IMIĘ:** .....

**PESEL:** .....

**NIP (tylko w przypadku posiadania zarejestrowanej działalności gospodarczej):** .....

**RACHUNEK BANKOWY:** .....

**NUMER KONTAKTOWY:** .....

**ADRES E-MAIL:** .....

**ODDZIAŁ NFZ:** .....  
(numer lub nazwa oddziału NFZ)

**URZĄD SKARBOWY:** .....  
(nazwa i miejscowość urzędu skarbowego)

**Oświadczam, że jestem rezydentem podatkowym (swoje roczne rozliczenie podatkowe składam w kraju)**.....

	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b>	<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>
<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>		
<b>KOD POCZTOWY</b>		
<b>ULICA/OSIEDLE</b>		
<b>NR DOMU</b>		
<b>NR LOKALU</b>		
<b>POWIAT</b>		
<b>GINA</b>		
<b>POCZTA</b>		

**Oświadczam, że w okresie przyznanego przez Urząd Gminy Dopiewo stypendium sportowego:**  
(proszę podkreślić)

1. Posiadam\* / nie posiadam status:

- **ucznia** szkoły podstawowej, średniej.

.....  
(nazwa szkoły)

- **studenta**

.....  
(nazwa uczelni)

\*Proszę podać przewidywany termin ukończenia szkoły/ studiów: .....  
(miesiąc/rok kalendarzowy)

**\* W przypadku utraty statusu ucznia lub studenta NIEZWŁOCZNIE powiadomię o tym Urząd Gminy Dopiewo** ( m.in. rezygnacja z dalszej nauki, usunięcie z listy uczniów lub studentów danej placówki, złożenie egzaminu dyplomowego studiów I lub II stopnia albo uzyskanie tytułu inżyniera)

2. Jestem / nie jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę

.....  
(nazwa zakładu pracy),

3. Otrzymuję / nie otrzymuję wynagrodzenie z tytułu **innej umowy zlecenie** (okres na który zawarto umowę:.....), od której są / nie są pobierane składki na ubezpieczenie: emerytalno-rentowe, zdrowotne.

4. Pobieram **inne stypendium sportowe** wypłacane przez .....,  
(nazwa płatnika stypendium)  
za okres: ....., od którego są / nie są pobierane składki emerytalno-rentowe, zdrowotne.

5. Mam / nie mam zarejestrowaną **działalność gospodarczą** i z tego tytułu opłacam / nie opłacam składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe, zdrowotne.

6. Otrzymuję\* / nie otrzymuję **świadczenie ZUS** (np. renta):

\*W przypadku wypłaty świadczenia **proszę podać:**

- rodzaj świadczenia .....
- numer świadczenia .....
- oddział ZUS wypłacający świadczenie:.....

7. Jestem / nie jestem inwalidą ..... grupy lub osobą niepełnosprawną w stopniu ..... z orzeczoną niepełnosprawnością czas określony od dnia ..... do dnia..... lub na czas nieokreślony od dnia.....

8. Posiadam / nie posiadam **inny tytuł** (np. status doktoranta, urlop macierzyński lub wychowawczy)

.....  
(podać **tytuł oraz okres** jego trwania)

do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalno-rentowych, zdrowotnych.

- **Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie, niezbędnych do realizacji procesu przyznawania stypendiów sportowych Gminy Dopiewo dla młodych sportowców zgodnie z Uchwałą Nr LVII/395/13 Rady Gminy Dopiewo z dnia 25 listopada 2013 r.**

- **Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.**

- **Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

- **Przyjmuję do wiadomości, że Administrator Danych Osobowych tj. Gmina Dopiewo może wykorzystać dane osobowe w postaci imienia, nazwiska oraz wizerunku w celach promocyjnych w środkach przekazu, w szczególności takich jak radio, prasa, telewizja, internet.**

- **Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.**

- **Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.**

.....  
data i podpis osoby wyrażającej zgodę na przetwarzanie danych  
lub opiekuna prawnego

**W przypadku zmiany jakichkolwiek danych wskazanych powyżej, w szczególności dotyczących:**

- utraty statusu ucznia, studenta, doktoranta, rencisty;
  - zamknięcia lub zawieszenia zarejestrowanej działalności gospodarczej;
  - nieodprowadzania obowiązkowych składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne w pełnej wysokości (np. z uwagi na okresy chorobowe);
  - zmiany wymiaru pracy lub wysokości otrzymywanego wynagrodzenia;
- zobowiązuję się do poinformowania referat finansowy Urzędu Gminy Dopiewo, poprzez ponowne złożenie oświadczenia z dopiskiem „aktualizacja” niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 3 dni roboczych od daty zaistnienia zmian.**

**W przypadku nie poinformowania w stosownym czasie o zmianie danych, jeżeli brak tych informacji spowoduje konsekwencje finansowe dla Urzędu Gminy Dopiewo, zobowiązuję się do pokrycia kosztów w pełnej wysokości.**

.....  
data i podpis osoby składającej oświadczenie lub opiekuna  
prawnego